

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N° 182

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de PSYCHIATRIE

par

Florentine BERTHIER
Née le 2 mars 1987 à Reims (51)

Présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2016

Implication de la famille dans la décision d'orientation du patient aux urgences médico-psychologiques du CHU de Nantes

Président : Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Directeur de thèse : Madame le Docteur Sophie GRANDREMY

REMERCIEMENTS

Parce que sans les autres, rien n'est possible, je tiens à remercier les personnes qui m'ont accompagnée et soutenue tout au long de mon internat et tout particulièrement de ce travail de thèse.

A Madame le Professeur Marie Grall-Bronnec,

Vous nous faites l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse et de juger notre travail. Nous avons pu bénéficier de la richesse de vos travaux et connaissances lors de séminaires. Nous avons sincèrement apprécié l'occasion de travailler à vos côtés durant notre semestre en addictologie. Votre savoir, votre disponibilité et votre humanisme forcent notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Marie Vanelle,

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de prendre part à ce jury de thèse. Merci pour votre riche enseignement au cours de cet internat, et merci pour votre implication soutenue et votre enthousiasme auprès des étudiants.

A Monsieur le Professeur Gilles Potel,

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de notre sincère considération.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Sophie Grandrémy,

Merci et encore mille fois merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci d'avoir cru en ce sujet et de l'avoir enrichi avec tout ton enthousiasme et ta finesse d'esprit. Je suis très heureuse d'avoir réalisé ce travail avec ton aide précieuse. Merci de tout le temps que tu m'as accordé, et merci d'avoir su me déstresser ! Et surtout merci pour cette année passée en ta compagnie aux UMP. Je t'assure de mon profond respect, de ma reconnaissance et de mon amitié.

A Madame le Docteur Virginie Lagrée,

Je te remercie de nous avoir aidées dans la réalisation de ce travail. Ton humour, ta bonne humeur indéfectible, et tes connaissances nous ont ravies. Merci pour tes corrections finales lumineuses. Quel plaisir pour moi d'avoir pu travailler à tes cotés pendant un an !

Merci à toutes les équipes auprès desquelles j'ai eu l'honneur et le plaisir de travailler et d'apprendre mon métier. Merci au Dr Verdier et au service de psychiatrie 3 du CH de Saint Nazaire, au Dr Burgos et au service G07 du CH Georges Daumezon, au Dr Tandonnet et au Dr Cholet et à l'unité Guillaume Apollinaire que je vais avoir le plaisir de retrouver, au Dr Demeillers, bien évidemment MERCI à toute l'équipe des UMP avec laquelle j'ai passé une année formidable, et au Dr Dreno ainsi qu'à toute l'équipe de l'HDJ des ados.

A mes parents, à mon frère Louis, merci pour tout...

A ma famille,

A François-Marie,

A mes amis.

Table des matières

INTRODUCTION	7
I. PARTIE 1 : INTERVENTION DE LA FAMILLE DANS LA RESOLUTION DE LA CRISE	9
A. Accueil de l'urgence psychiatrique	9
1. Urgences Médico-Psychologiques du CHU de Nantes	9
2. Urgence et crise psychiatriques	10
a) Définitions de l'urgence psychiatrique	10
b) Définitions de la crise	13
c) Cas particulier de la crise suicidaire	14
3. Urgence pour l'entourage	15
B. La famille face à la maladie mentale	16
1. Quelques généralités	16
2. Ses rôles	17
a) Alliée de l'équipe de soins	17
b) Partenaire thérapeutique	18
3. Influence de la famille dans la décision d'orientation, revue de la littérature	19
C. Le temps de la crise : comment le vivre avec les familles ?	21
1. Démarche du psychiatre aux urgences	21
a) Préparation de l'entretien psychiatrique	21
b) Analyse de la demande	21
c) Evaluation médicale	22
2. Travail de crise avec la famille	23
a) Comment mobiliser l'entourage ?	23
b) Objectifs de la rencontre avec la famille	24
3. Modèle de l'interaction-intervention de crise	30
4. Mise en pratique aux UMP de Nantes	33
5. Limites de ce travail avec la famille	33
a) Alliance avec le patient	33
b) Alliance avec la famille	34
c) Contexte de l'urgence	34
d) Tensions trop sévères	35
e) Refus du patient	35
6. Le fait d'être associées à la prise en charge est-il satisfaisant pour les familles ?	36
D. Cas Cliniques	38
1. Cas de Zoé D.	38
2. Cas de Mr Julien S.	43
II. PARTIE 2 : MISE EN PLACE DES SOINS PSYCHIATRIQUES AVEC IMPLICATION DE LA FAMILLE :	
A LA DEMANDE D'UN TIERS	47
A. Histoire de l'hospitalisation à la demande des familles comme tiers	47
1. Avant l'hôpital	47
a) Civilisation hébraïque	47
b) Moyen-Age	47
c) Emergence d'une première demande de la famille à la justice	48
2. Création de l'Hôpital Général	49
a) La lettre de cachet : officialisation d'une demande de la famille	49
b) La sentence d'interdiction	50

c)	Abolition des lettres de cachet.....	50
d)	Médicalisation de l'aliénation	51
3.	Loi du 30 juin 1838 dite « Loi Esquirol », ou encore « Loi des aliénés »	51
a)	Contenu de la loi.....	51
b)	Après la loi de 1838	53
4.	Loi du 27 juin 1990, dite « loi Evin », relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.	54
5.	Loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.	56
a)	Contexte d'émergence	56
b)	Contenu de la loi : les principes généraux.....	60
6.	Loi du 27 septembre 2013	61
7.	En résumé	61
B.	Généralités sur les hospitalisations sans consentement	62
1.	Données démographiques et statistiques	62
a)	En Europe	62
b)	En France	62
2.	Caractéristiques des patients hospitalisés sans leur consentement.....	63
3.	Le consentement et les critères d'hospitalisation sous contrainte	64
a)	Le consentement, quelle définition ?	64
b)	Capacité à consentir	64
c)	Critères généraux d'hospitalisation sans le consentement.....	65
4.	Spécificités du tiers	66
a)	Définition du tiers.....	66
b)	Protection du tiers.....	68
C.	Mise en œuvre des soins psychiatriques à la demande d'un tiers.	69
1.	Application du texte de loi	69
2.	Réalités en pratique : données de la littérature	70
3.	Ressenti des familles.....	70
a)	Vécu de culpabilité et de responsabilité	70
b)	Soulagement.....	72
c)	Du côté des patients.....	73
4.	Notre expérience : l'Admission en Soins Psychiatriques à la demande d'un tiers aux UMP du CHU de Nantes.....	74
a)	Points importants	74
b)	Limites rencontrées	76
5.	Extensions : quelle implication de la famille une fois le patient hospitalisé ?	79
D.	Cas cliniques	81
1.	Cas de Mme P.	81
2.	Cas de Mlle L.	84
III.	PARTIE 3 : DECISION D'HOSPITALISATION SANS TIERS : LES SOINS PSYCHIATRIQUES EN CAS DE PERIL IMMINENT	87
A.	Généralités sur la mesure de SPPI	87
1.	Cadre légal	87
2.	Revue de la littérature relative aux données statistiques	89
3.	Une mesure qui répond à une demande des familles	91
B.	Les SPPI, quelles implications sur les soins ?	92
1.	Points positifs.....	92
a)	Rapidité d'intervention.....	92

b)	Patients isolés.....	93
c)	Aide aux familles et protection du tiers	93
2.	Points négatifs, ou à améliorer	94
a)	Flou terminologique	95
b)	Risque de facilitation des hospitalisations sans consentement	96
c)	Absence de tiers pour la suite de la prise en charge	98
d)	Risque de désengagement des familles	99
e)	Déplacement des responsabilités.....	100
C.	Les SPPI en cas de refus des soins par la famille	101
1.	Ce que dit (ou ne dit pas) la loi	101
2.	Hypothèses quant au refus de la famille de signer la demande de tiers	102
a)	Culpabilité excessive.....	102
b)	Sentiment d'échec.....	103
c)	Crainte des représailles	103
d)	Refus d'endosser la responsabilité morale.....	103
e)	Représentations négatives des soins psychiatriques	103
f)	Explication insuffisante de l'intérêt de la mesure	104
3.	Quelle pratique aux urgences médico-psychologiques de Nantes ?	104
D.	Cas cliniques	105
1.	Cas de Mr G.....	105
2.	Cas de Mr A.....	108
3.	Cas de Chloé C.....	111
	DISCUSSION	115
	CONCLUSION	120
	Abréviations	122
	Bibliographie	123

INTRODUCTION

D'après le rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS de 2005, « *une famille sur quatre a rencontré, rencontre ou rencontrera des troubles psychiques nécessitant des soins psychiatriques pour l'un de ses membres.* » (1)

Pour ces patients et leur famille, les urgences sont souvent la première occasion de rencontrer un professionnel de la psychiatrie.

Les urgences psychiatriques tiennent une place particulière dans le dispositif de soin. Elles ne se limitent pas, dans la majorité des cas, à une simple décision d'orientation mais justifient d'une spécificité interventionnelle.

C'est au cours de nos premières astreintes aux UMP que nôtre intérêt quant à l'implication de la famille est né. Le cas d'une patiente, qui présentait vraisemblablement un épisode maniaque, nous avait tout particulièrement interpellées. Cette jeune femme, très agitée, hurlait dans le service, laissant ses parents, témoins de la situation, dans un état de sidération. Une fois la patiente contenue, nous les avons reçus et leur détresse nous avait alors particulièrement touchées. La patiente a été hospitalisée à la demande d'un tiers et nous nous sommes alors posées plusieurs questions, comment accueillir la famille dans ce contexte d'urgence ? Comment vit-elle la mise en place des soins sans consentement ?

Un peu plus tard, nous avons précisé notre pensée et décidé d'étudier la problématique suivante : quelle est l'implication de la famille dans la décision d'orientation du patient aux urgences ?

Nos réflexions ont été enrichies par l'expérience clinique d'une année d'internat passée au sein du service des urgences médico-psychologiques de Nantes. Nous y avons rencontré de nombreuses familles et certaines de leurs histoires viennent illustrer ce travail de thèse.

En première partie, nous présenterons les urgences psychiatriques et leurs spécificités, ce qui nous amènera à aborder les situations de crise. Nous tâcherons de voir comment la mobilisation de l'entourage peut faciliter la décision d'un retour à domicile. Dans un contexte de désinstitutionnalisation, avec un glissement des soins psychiatriques de l'hôpital vers l'ambulatoire, il semble plus qu'intéressant d'apaiser, aux urgences, certaines situations de crise, et ainsi d'éviter des hospitalisations.

En deuxième partie, nous avons choisi d'aborder l'hospitalisation à la demande d'un tiers. Nous retracerons l'histoire non exhaustive des hospitalisations sans consentement et de la place de la famille dans leur mise en place. Nous verrons comment cette modalité de soins est déclenchée aux UMP et comment elle est vécue par la famille du patient.

La troisième partie concerne les soins psychiatriques en cas de péril imminent. Cette procédure, créée par la loi du 5 juillet 2011, nous autorise désormais à aller contre l'avis de la famille. Nous verrons en quoi elle vient questionner la place de la famille dans les soins du patient et quels sont ses apports dans la pratique d'urgence.

Avant de conclure, nous discuterons de la problématique en nous appuyant sur les points importants de la partie théorique et sur nos situations cliniques.

I. PARTIE 1 : INTERVENTION DE LA FAMILLE DANS LA RESOLUTION DE LA CRISE

« Toute urgence psychiatrique touche toujours au moins une personne et un groupe »

Guy Baillon (1998)

A. Accueil de l'urgence psychiatrique

1. Urgences Médico-Psychologiques du CHU de Nantes

Le service des urgences médico-psychologiques de Nantes effectue, en moyenne, 9000 consultations par an. L'unité accueille les patients 7 jours sur 7 et 24h sur 24, sans rendez-vous ni obligation de demande médicale préalable.

Il reçoit toute personne de plus de 15 ans et 3 mois en souffrance psychique, qu'il s'agisse d'une urgence lourde ou d'une urgence ressentie.

A son arrivée aux urgences, le patient est évalué par l'équipe d'accueil qui élimine notamment la nécessité de soins somatiques. Dans un second temps, il rencontre un membre de l'équipe infirmière des UMP avant de voir l'un des psychiatres.

Le service jouxte celui des urgences somatiques au rez-de-chaussée bas de l'Hôtel Dieu. Il est composé d'une salle de soins, de deux salles d'attente, de quatre bureaux de consultation et de trois boxs qui permettent de garder certains patients pour une nuit.

L'équipe médicale se compose de cinq praticiens hospitaliers dont deux à mi-temps et de deux internes en psychiatrie.

L'équipe para-médicale comporte dix infirmiers.

Au delà d'une activité de consultations ambulatoires d'urgence, les psychiatres des urgences interviennent également dans différents services de l'Hôtel Dieu.

Ils sont en effet amenés à répondre aux demandes d'avis spécialisé pour les patients des services de Médecine Polyvalente Urgente mais aussi à réaliser la première consultation d'évaluation psychiatrique de tous les suicidants qu'ils soient dans les services de réanimation, de médecine ou de chirurgie.

Les missions du service sont l'évaluation et l'orientation du patient mais également de faire le lien avec la famille et les différents intervenants de sa prise en charge et, notamment, le lien avec son suivi ambulatoire : médecin traitant, psychiatres libéraux, CMP, HDJ, CATTP.

C'est aussi un lieu sécurisé, propre à la sédation et à l'apaisement des patients agités.

Depuis un peu plus d'une dizaine d'années, la façon de travailler aux urgences psychiatriques s'est modifiée, notamment sous l'influence des contraintes légales.

Le mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie a, lui aussi, contribué à l'évolution de la pratique médicale aux urgences. La grande majorité des patients atteints de troubles mentaux vivent en dehors de l'hôpital. L'entourage a, ainsi, pris une place légitime dans la prise en charge de ces patients.

Nous nous devons d'entendre et d'informer la famille car elle représente un partenaire thérapeutique, ainsi la construction d'une bonne alliance avec elle peut nous permettre d'éviter un certain nombre d'hospitalisations.

Une part non négligeable de patients vit dans la rue ou en prison, nous mesurons d'autant plus l'importance de la présence de la famille lorsque cette dernière est absente.

2. Urgence et crise psychiatriques

a) Définitions de l'urgence psychiatrique

Urgence nous vient de *urgens*, « qui ne souffre pas de retard », participe présent du verbe *urgere*, « pousser, presser ».

On considère comme urgente une situation dont la réponse ne peut être différée au-delà de six heures, ou dont le pronostic s'aggraverait en l'absence d'intervention immédiate. (2)

L'urgence psychiatrique n'a longtemps été représentée que par l'hospitalisation du patient, sous contrainte et à l'hôpital psychiatrique. L'évolution des soins psychiatriques et de la politique de santé mentale a modifié cet abord et, en parallèle, la demande de soins psychiatriques n'a fait que s'accroître. Ces deux tendances ont contraint les psychiatres à repenser l'urgence psychiatrique et sa prise en charge.

La circulaire du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge de l'urgence psychiatrique en propose une définition : « *L'urgence en psychiatrie est une demande dont la réponse ne peut être différée. Il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question qu'il s'agisse du patient, de l'entourage, du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique* » (3)

Cette définition donne une place centrale à la demande du sujet mais surtout à celle de son entourage, dont les limites sont dépassées.

Trois grandes catégories d'états pathologiques y sont distinguées :

- L'urgence psychiatrique pure par décompensation d'une affection psychiatrique lourde (mélancolie, état délirant aigu, état maniaque, agitation psychomotrice) qui, à l'évidence, nécessite une prise en charge en milieu psychiatrique après élimination par le diagnostic d'une affection organique.
- Les urgences psychiatriques mixtes groupant les malades qui présentent à la fois des manifestations organiques et psychiatriques (délirium tremens, confusion...)
- Les états aigus transitoires ou trouble de l'adaptation, c'est à dire les réactions émotionnelles intenses survenant sur un terrain psychologique vulnérable à la suite d'évènements de vie, de conflits ou de détresse psychique dans un contexte d'isolement.

En 2003, le rapport d'étape de la mission Cléry-Melin proposant un plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, vient compléter la définition :

« Un besoin de soins en psychiatrie existe dès lors qu'une personne souffrant d'un trouble psychiatrique ou d'un problème de santé mentale présente une altération significative dans les sphères clinique ou sociale, et qu'une intervention clinique ou sociale peut traiter ou contenir le trouble » (4)

D'après Boiteux et al, les « vraies » urgences psychiatriques, c'est à dire les décompensations de pathologies psychiatriques, ne concernent que 30% des situations.

Les 70% restants représentent l'urgence ressentie, l'urgence subjective, définie comme étant :

- une demande urgente et pressante.
- une demande adressée à des personnes ou structures identifiées comme étant aptes à y répondre.
- une demande portant sur des besoins psychiatriques, psychologiques ou sociaux.
- une demande pouvant être exprimée directement par le sujet mais aussi par sa famille, l'entourage, le médecin, le travailleur social ou les services de police.
- une demande exigeant une réponse immédiate. (5)

C.Damsa propose, lui, de définir l'urgence psychiatrique en se plaçant du côté du patient et écrit *« Est urgente a priori toute demande ressentie comme urgente par le patient »*. (6)

L'urgence psychiatrique se distingue des autres spécialités par l'importance du contexte dont elle est issue. En d'autres termes, elle relève tant de la pathologie (aspect catégoriel) et de l'expression singulière et aigue de cette pathologie (aspect dimensionnel) que du contexte de crise psychosociale dans lequel elle survient (aspect situationnel). (7)

Cette spécificité rend difficile la standardisation des soins. L'entretien aux urgences est un temps particulier de la prise en charge, le psychiatre doit entrer en relation, orienter et, dès cette première rencontre, apporter un soulagement au patient.

Ces particularités de l'urgence psychiatrique au sein de la discipline médicale sont à l'origine du développement du concept de crise.

b) Définitions de la crise

« La crise se présente comme une nébuleuse de facteurs émotionnels, psychologiques, interpersonnels et institutionnels qui constituent, malgré leur foncière spécificité, une espèce de marque de caractère unique et personnel de chacun de nos patients » A. Andreoli (7)

La crise se situe en amont de l'urgence, dont elle doit être distinguée, elle peut être comprise comme une perturbation aigue du fonctionnement structurel du patient, mais aussi de son contexte familial et conjugal devant une difficulté existentielle, un changement à affronter. Face à l'impossibilité du patient ou de sa famille de résoudre ce problème et de sortir de ce moment difficile, la crise amène l'émergence d'un symptôme, pouvant évoluer vers une urgence psychiatrique.

L'entourage peut amplifier ce symptôme et le médicaliser afin de s'en débarrasser car il met en danger l'équilibre du système.

La crise est vue comme l'expression d'un déséquilibre du système relationnel auquel appartient le patient ou comme l'expression symptomatique de l'impossibilité pour une famille de mobiliser ses capacités d'adaptation, d'aborder un changement pourtant nécessaire.

Le concept de crise permet de sortir de la question de normalité/anormalité pour se placer dans celle des possibilités d'évolution qui caractérise chez un individu donné, l'alternance de crise/continuité.

D'après Langsley et al, la crise est *« l'état d'un système au moment où un changement est imminent »*. (8)

Il est d'ailleurs intéressant de noter que, dans la langue chinoise, le mot « crise » est décrit par deux idéogrammes : « *wei* », le danger et « *ji* » qui signifie l'opportunité.

La crise n'est pas nécessairement synonyme de malaise, mais d'ouverture au changement, même si celui-ci s'accompagne souvent du malaise de devoir changer ses habitudes.

En effet, tout changement est source d'anxiété, car il vient troubler l'homéostasie du système hors on sait que le système tend toujours vers elle. L'homéostasie est une régulation qui permet au système de préserver son équilibre, sa survie, dans un environnement qui change.

Ces définitions rejoignent la notion systémique de « crise familiale » utilisée par M.Erickson qui correspond au changement d'équilibre relationnel qui survient à l'intérieur du groupe familial, lors du passage d'une étape à l'autre, au sein du cycle de vie de la famille.

Ce changement se produit le plus souvent, mais pas seulement, lorsque quelqu'un entre ou sort du système familial (naissance, décès, divorce, rupture ou séparation, départ d'un enfant, etc.) ou lors d'un événement de vie.

Il peut réduire les ressources adaptatives de la famille et être à l'origine de l'émergence de symptômes et donc de passage à l'acte chez l'un de ses membres. (9)

c) Cas particulier de la crise suicidaire

Etant donné que les patients suicidaires et suicidants représentent la majeure partie des individus reçus aux UMP, il nous a paru important de préciser les particularités de la crise suicidaire.

Comme toute crise, elle est un état réversible et temporaire qui correspond à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement.

Elle peut être représentée comme « *la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité.* » (10)

Elle est difficile à identifier, mais la reconnaître permet de créer un espace de prévention et d'intervention.

L'entourage joue un rôle essentiel dans cette crise, tant dans son éclosion que dans sa résolution et il représente à la fois un facteur protecteur lorsqu'il est de bonne qualité, mais aussi un facteur de risque s'il est défaillant.

3. Urgence pour l'entourage

Les demandes de consultation psychiatrique d'urgence sont formulées dans plus de 50% des cas par l'entourage. (11)

Une équipe de recherche menée par De Clerq a montré, dans son étude aux urgences de Saint Luc en 1993, que les plaintes et les demandes de soins de l'entourage et du patient étaient divergentes voire opposées.

L'entourage insistait davantage sur les aspects dérangeants et anormaux de la conduite du patient, tandis que ce dernier mettait en avant son angoisse ou des plaintes somatiques. La négociation d'une alliance de travail tant avec le patient qu'avec son entourage est indispensable dans de nombreux cas. (12)

Guy Baillon décrit le patient comme « une personne-en-lien avec l'autre », cela implique que la souffrance psychique du patient impacte l'entourage. (13)

On retrouve également ce concept chez JJ. Wittezaele, qui décrit un « homme relationnel », façonné par les liens qui l'unissent à un milieu lui-même fait d'un ensemble de relations et non d'éléments séparés. (14)

Les membres de la famille ou de l'entourage ne peuvent en aucun cas être considérés comme simples victimes de la pathologie de celui-ci, mais bien comme protagonistes à part entière de la crise qu'ils rencontrent. Ils sont effrayés et bouleversés par les frasques du patient en état de crise. Leur demande a souvent une importance énorme : elle est moins de soigner la souffrance du patient que d'éteindre leur propre angoisse et leurs propres peurs, en les délivrant de celui-ci qui, devenant seul objet de soins, les laisseraient indemnes de toute remise en question de leurs attitudes.

Aux urgences, le psychiatre doit trouver un juste équilibre entre deux comportements face aux familles. En effet il ne doit pas se laisser trop influencer par des demandes parfois plus pressées que pressantes, tout en restant à l'écoute de l'entourage du patient, et faire en sorte qu'il se sente entendu et compris et qu'il puisse ainsi trouver un certain apaisement.

L'entretien individuel intervient toujours en premier de façon à mettre l'accent sur l'alliance avec le patient et lui permettre de se dégager de l'influence familiale. L'entourage sera reçu dans un second temps et toujours en présence du patient, dans la mesure du possible.

Lorsqu'il existe des tensions trop sévères entre le patient et sa famille, nous recevons parfois la famille seule. Ces situations sont abordées dans le chapitre 5. *Les limites de ce travail avec la famille.*

B. La famille face à la maladie mentale

Comment réagit-elle face à la souffrance psychique de l'un de ses membres ? A quel point est-elle influente dans la prise en charge de ce dernier ?

1. Quelques généralités

La famille est une communauté d'individus réunis par des liens de parenté, existant dans toutes les sociétés humaines. Elle est dotée d'un nom, d'un domicile et crée entre ses membres une obligation de solidarité morale et matérielle censée les protéger et favoriser leur développement social et affectif.

La famille est un système vivant qui évolue et s'adapte pour maintenir un équilibre afin de fonctionner. La famille, en tant que système, met en jeu ses membres par le biais d'interactions constantes, chacun d'eux s'influence mutuellement. D'un point de vue systémique, « *c'est un ensemble d'éléments interdépendants, c'est à dire liés entre eux par des relations telles que, si l'une est modifiée, les autres le seront aussi et que, par conséquent, tout l'ensemble est transformé.* » (15)

De nos jours, la famille est plurielle, c'est à dire qu'elle se présente sous différentes formes de structure et de fonctionnement. Elle demeure le reflet de notre société, plus que diversifiée.

La maladie représente un élément perturbateur auquel le système doit s'adapter. Cela suppose la modification de certains comportements et habitudes, donc un changement pour permettre à toute la famille de fonctionner avec cette nouvelle composante.

Le concept de fardeau familial expose l'incidence du trouble mental sur les membres de familles qui font passer leurs besoins après ceux de la personne atteinte. (16)

Ce concept a permis de mettre en évidence les tensions importantes auxquelles sont soumises les familles quand elles sont engagées dans un rôle de soutien, ce qui redéfinit comme normales leurs réactions lorsqu'elles doivent composer avec ces conditions particulièrement difficiles.

L'émergence du mouvement associatif des familles a fait valoir les droits des familles et une reconnaissance réelle de leur apport dans la prise en charge des patients.

Parmi ces associations, nous retrouvons l'UNAFAM (créée en 1963), la FNAPSY (créée en 1992) ou encore, à l'échelle européenne, EUFAMI (créée en 1992). Ces organismes accueillent, soutiennent et informent les familles confrontées aux troubles psychiques, contribuent à l'élaboration de la politique de santé mentale et défendent les familles et les malades auprès des élus et des responsables.

2. Ses rôles

Face à la souffrance psychique de l'un de ses membres, la famille peut se positionner en tant qu'alliée et en tant que partenaire.

a) Alliée de l'équipe de soins

La famille est désormais considérée comme actrice dans la prise en charge d'un patient atteint de troubles mentaux. Longtemps jugée comme pleinement responsable des troubles mentaux, elle est devenue une ressource indispensable.

« C'est donc après avoir mis le blâme et la responsabilité du trouble mental sur les membres de famille que l'on a fait appel à eux afin qu'ils participent de façon plus intensive à la réadaptation de leurs proches. » (17)

La collaboration entre les familles et les équipes de soins est capitale à la réussite du traitement de la maladie et de la réadaptation du patient.

La famille constitue une source d'informations précieuse pour l'équipe soignante en ce qui concerne l'évolution des symptômes, la réponse et l'observance au traitement. Idéalement, l'information doit être partagée de manière réciproque afin que ce rôle d'allié ne soit pas essentiellement utilitaire et se jouer à sens unique.

b) Partenaire thérapeutique

Les membres de la famille sont à considérer comme des interlocuteurs valables et des agents de première ligne dans le traitement du patient. Il importe d'affirmer leur rôle de soutien. L'action de l'entourage dans la prise en charge du patient a d'ailleurs été définie par le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015. Il y est rappelé que l'entourage est une ressource essentielle dans l'évaluation de la situation du malade et un relai potentiel dans l'accompagnement et le rétablissement.

Le concept d'*aidant* y est également développé :

« L'aidant peut être un membre de la famille (...), un ami, un groupe, ou encore une personne de confiance que la personne souffrante désigne (...). L'aidant est lié et impliqué, souvent par l'affect, dans le vécu de la maladie de la personne. Son rôle va souvent bien au-delà d'un soutien moral, il est présent pour aider la personne à soigner et gérer sa maladie notamment pour anticiper ou traverser les moments de crise. L'aidant peut être en effet amené à intervenir directement lorsqu'il s'agit de soins psychiatriques à la demande d'un tiers. Ces tiers doivent être informés et soutenus à la mesure de l'importance de leur rôle, en tant que veilleurs au quotidien, souvent confrontés à des situations difficiles. (...)

Il s'agit de donner toute leur place aux aidants en les associant, sous réserve de l'accord de la personne dans toute la mesure du possible, à toutes les étapes du parcours de soin et d'accompagnement (évaluation et réévaluation des besoins, orientation, programme de soin, accompagnement), et en les soutenant lorsque c'est nécessaire.

Les aidants des personnes atteintes de troubles mentaux, eux-mêmes confrontés à des difficultés toutes particulières, doivent bénéficier de modalités de réponse adaptées, repérables à leur intention, pouvant leur apporter soutien, aide, information, permettant d'alléger le poids de leur sentiment d'isolement et facilitant éventuellement leur lien avec les autres dispositifs de soins et de prévention concernés par un patient en difficulté : permanence téléphonique professionnelle, traçabilité des signalements. » (18)

3. Influence de la famille dans la décision d'orientation, revue de la littérature

Plusieurs études traitent de la relation entre la symptomatologie du patient, son souhait d'orientation, celui de sa famille et la décision finale du psychiatre des urgences.

- En 2005, Bruce B.Way a obtenu les résultats suivants : (19)

84% des patients qui souhaitaient être hospitalisés dans une unité de psychiatrie l'étaient après décision du psychiatre.

78% des patients qui refusaient l'hospitalisation et demandaient leur sortie, rentraient effectivement à domicile.

Quand la famille demandait l'hospitalisation de leur proche, elle avait lieu dans 83% des cas et lorsque, à l'inverse, elle préférait une sortie, le patient n'était pas hospitalisé dans 90% des cas.

Il a également noté que lorsque le patient et sa famille n'étaient pas d'accord sur la décision à prendre, c'était l'opinion de la famille qui l'emportait.

Dans les cas où le patient demandait sa sortie mais que son entourage s'y opposait, il était tout de même hospitalisé dans 74% des cas. Enfin, quand le patient demandait son hospitalisation mais que sa famille n'y était pas favorable, l'hospitalisation n'avait lieu que dans 17% des cas.

Ni le souhait d'orientation du patient ni celui de sa famille pour lui ne semblait avoir de lien significatif avec la gravité des symptômes.

- En 1990, Gillig et al ont montré que l'entourage était une des variables qui prédisait le plus significativement la décision d'hospitalisation. (20)
- En 1977, Rose et al ont constaté que si l'accompagnant du patient se présentant aux urgences psychiatriques encourageait une hospitalisation, elle avait lieu dans 69% des cas. (21)
- En 1966, Tischler obtenait de son étude que dans 87% des cas la décision prise par le psychiatre était en accord avec la volonté de la famille du patient. (22)

D'autres études plus anciennes ont montré que la simple présence d'un membre de la famille aux urgences facilitait la décision d'hospitalisation du patient.

Ainsi, nous constatons, d'après la littérature et comme nous le pressentions empiriquement, que l'entourage a une influence majeure sur la décision d'orientation du patient par le psychiatre des urgences.

C. Le temps de la crise : comment le vivre avec les familles ?

Maintenant que nous avons posé le cadre de l'urgence psychiatrique, et celui de la famille face à la maladie, nous proposons de décrire les étapes de la prise en charge d'un patient et les modalités de la rencontre avec sa famille.

1. Démarche du psychiatre aux urgences

a) Préparation de l'entretien psychiatrique

Il s'agit de collecter les informations concernant le patient et les circonstances de son arrivée en urgence. Ce travail fait participer l'ensemble des intervenants, quand ils existent, de la prise en charge du patient : médecin généraliste ou adresseur (SOS médecin), équipe de secteur, psychiatre libéral, travailleur social sans oublier l'entourage du malade. Cela permet notamment de saisir qui est à l'origine de la demande de soins en urgence et quel est le symptôme ou la situation d'appel.

b) Analyse de la demande

Au delà du symptôme et du diagnostic du trouble éventuel, le psychiatre des urgences doit analyser la demande formulée par le patient et/ou son entourage.

Il se doit ainsi d'explorer : le choix du lieu de consultation en urgence, les protagonistes de cette urgence, le symptôme présenté et son sens pour les protagonistes et enfin, l'arrivée dans la structure prenant en charge l'urgence. (5)

Il faut voir au delà du symptôme mis en avant par le patient, le replacer dans son contexte de vie et ainsi en mieux en comprendre tous les rouages.

c) Evaluation médicale

Le psychiatre se positionne comme urgentiste, il procède à l'évaluation clinique de son patient puis à son orientation vers les différents dispositifs d'aval. L'évaluation clinique relève les symptômes présents en vue d'établir un diagnostic et recherche également leur retentissement sur la vie du patient, ses ressources ainsi que celles de son entourage.

L'entretien psychiatrique aux urgences, se doit également d'être en partie thérapeutique. En effet, le patient peut y exprimer ses affects, s'apaiser de son angoisse. Ce contact en urgence, parfois le premier avec la psychiatrie, joue un rôle prépondérant dans l'investissement ultérieur des soins.

A l'issue de cette évaluation, le psychiatre sera confronté à trois situations possibles :

- La réalité de l'urgence psychiatrique est avérée et le patient sera orienté vers un dispositif en capacité de l'accueillir en urgence : l'hôpital psychiatrique.
- La problématique du patient relève bien de la psychiatrie mais est dénuée de tout caractère d'urgence, le patient pourra alors être dirigé vers un suivi ambulatoire.
- Il ne s'agit pas d'une urgence psychiatrique comme définie plus haut mais bien d'une situation de crise. Le psychiatre doit donc pouvoir intervenir de manière à ce que cette situation interpersonnelle conflictuelle ne débouche pas sur une urgence psychiatrique.

La question n'est plus celle de l'orientation mais plutôt celle des modalités d'accompagnement des acteurs de la crise.

Nous allons maintenant tâcher de décrire ses modalités d'accompagnement et de mettre en lumière leur finalité thérapeutique.

2. Travail de crise avec la famille

a) *Comment mobiliser l'entourage ?*

Dans son ouvrage sur les urgences psychiatriques, Guy Baillon dit « *il n'est jamais trop tôt, il est très vite bien tard, pour rencontrer la famille dans la pratique psychiatrique* ». (23)

L'urgence constitue un climat tendu, où, de ce fait, tous les contacts sans protocole sont possibles. Lorsque nous ne sommes pas dans le cadre d'une décompensation psychiatrique pure nécessitant dans tous les cas une hospitalisation en urgence mais bien dans une situation de crise, notamment suicidaire, et que le patient souhaite rentrer chez lui, nous l'incitons à mobiliser lui-même son entourage.

Nous prenons l'exemple d'un patient adressé pour une tentative de suicide, qui, après l'entretien médical, refuse toute prise en charge et demande son retour à domicile. Nous l'informons donc sur la nécessité absolue pour nous de rencontrer au moins un de ses proches.

Nous l'interrogeons sur sa capacité à alerter lui-même sa famille, il n'est pas rare que le patient rencontre certaines difficultés pour informer un proche « *qu'est ce que je vais lui dire ?* » « *comment lui expliquer ce qu'il s'est passé ?* » « *je ne sais pas si je vais y arriver* ».

Le fait de mobiliser son entourage va permettre au patient, qui jusque là semblait subir les événements, de redevenir acteur de sa prise en charge et plus globalement, dans sa vie. Il va participer à l'élaboration des conditions de sa sortie, et devoir lui-même expliquer à ses proches en quoi leur présence est importante.

C'est aussi un moyen pour lui de se réapproprier son histoire, de redevenir sujet et de renouer avec ses émotions.

Le patient qui, en mobilisant son entourage, redevient acteur, va ainsi créer une ouverture, une possibilité de changement.

D'un point de vue systémique, on pourrait tirer profit du climat de pression installé par l'urgence pour mobiliser l'entourage du patient, ce qui serait « *le catalyseur des changements* ». (6)

La famille va ainsi être mobilisée par le patient, une dynamique va pouvoir se déclencher et chacun prendra à son tour contact avec d'autres pour discuter de la situation.

S'intéresser à l'entourage permet au patient de réinvestir ses relations.

Dans certains cas, le patient nous dit être en incapacité d'informer lui-même un proche, nous lui demandons alors son accord pour le faire à sa place et toujours en contractualisant avec lui ce que l'on a le droit de dire ou pas, afin de respecter le secret médical.

Le plus souvent, le patient nous donne son accord, mais nous détaillerons plus loin les modalités du cas contraire.

b) Objectifs de la rencontre avec la famille

Une fois la famille mobilisée, vient le temps de la rencontre. Cette rencontre, qui se fait si possible en présence du patient en crise, a plusieurs grands objectifs.

Elle a lieu avant tout pour informer et être informé, en effet, elle nous permet de recueillir des données essentielles sur le patient mais aussi d'en délivrer à la famille.

Elle nous permet aussi de construire une alliance avec le patient et son entourage, d'évaluer sa qualité et de mettre en lumière ses compétences.

Enfin, la rencontre avec la famille sera l'occasion d'agir de manière préventive en vue du retour à domicile du patient.

Nous détaillons ci-dessous chacun des objectifs cités.

- **Information**

« *L'information, c'est une différence qui fait la différence* » G.Bateson (24)

L'entourage apporte des informations indispensables sur les symptômes et comportements du patient en dehors du service des urgences. Ces informations sont d'autant plus indispensables lorsque le patient se montre opposant ou dans le déni de ses troubles.

Rencontrer la famille en présence du patient permet d'évaluer le contexte dans lequel il vit et de souligner certains aspects de la crise autres que ceux mis en avant par le patient seul.

Il faut également permettre une confrontation des points de vue de chacun des membres de la famille sur la genèse du problème, ce que chacun peut proposer ou faire pour résoudre la difficulté.

Plusieurs études ont montré combien la capacité du patient à communiquer et la fiabilité des informations collectées étaient importantes dans la décision d'orientation du patient aux urgences.

A notre tour, nous allons pouvoir informer la famille de ce que nous avons constaté, de notre avis sur la situation, transmettre notre potentielle inquiétude et ce que nous conseillons pour la suite de la prise en charge.

- **Alliance**

Dans le contexte de l'urgence, l'alliance thérapeutique constitue un des éléments essentiels de la prise en charge, elle établit le cadre thérapeutique. (25)

Le patient est vu seul dans un premier temps, et bénéficie ainsi d'un espace libre de parole. La famille est ensuite reçue, idéalement, en présence du patient. Le fait d'avoir mobilisé l'entourage, de l'informer d'un danger, montre au patient que tous les moyens ont été mis en œuvre pour tenter de le protéger.

Il est préférable d'être en quête de coopération plutôt que de contrôle : dans le cas d'un patient rationalisant ou opposant, le fait de recevoir la famille peut permettre d'obtenir un soutien, une participation et une demande.

L'entretien familial doit pouvoir favoriser l'alliance thérapeutique.

L'entretien en présence de la famille est l'occasion pour le patient d'entendre l'inquiétude de ses proches, inquiétude qui pourra être validée et partagée par le médecin.

Au delà d'une simple alliance, nous devons en fait rechercher une **double-alliance**, avec le patient mais aussi avec sa famille.

Le fait que l'entourage apparaisse comme une ressource permet d'envisager un partenariat « thérapeutique » entre patient, professionnels et entourage. L'alliance avec l'entourage lui permet aussi de jouer un rôle de soutien et d'alerte en cas de besoin, et donc de prévention d'un potentiel risque ultérieur.

En 1973, Scott a mis en évidence, par le concept de « *Treatment barrier* », que, le plus souvent, la demande de soins est une demande de non changement. Hospitaliser en urgence un patient, et ainsi l'extraire du milieu familial peut parfois confirmer l'incapacité familiale à lui venir en aide. Cette façon de faire contribue également à annihiler toute l'énergie qu'une famille est capable de mobiliser et l'empêche de s'inscrire dans une dynamique de changement. (26)

L'étude de 2013 de Cano et al a montré que les contacts établis entre l'équipe soignante et l'entourage étaient vecteurs d'une relation d'authenticité et de confiance, favorisant par conséquent l'alliance thérapeutique. (27)

- **Evaluation**

Ce temps passé avec l'entourage du patient permet une évaluation de l'organisation, de la structure de la famille. Il est intéressant de rechercher d'éventuels tensions, conflits et coalitions, et comprendre quelle en est sa hiérarchie, ses codes, certaines de ses valeurs et croyances.

Une tentative de suicide sera, par exemple, perçue et donc vécue différemment par l'entourage selon ses croyances religieuses, et valeurs. Certains la jugeront comme un acte de lâcheté, voire comme un péché condamnable, d'autres comme un acte courageux.

Dans certains cas, nous pouvons identifier une certaine rancœur de la famille vis à vis de son proche, nous pensons notamment au patient qui récidive un passage à l'acte suicidaire et qui avait pourtant « *promis* » à sa famille qu'il ne recommencerait pas.

Une fois identifiés, il est plus facile de proposer à la famille de travailler ces aspects à plus ou moins court termes.

Il est aussi opportun d'apprécier la qualité du support familial et d'identifier les membres qui semblent particulièrement ressources pour le patient. On doit se faire une idée de leur implication, leur disponibilité, leur fiabilité et de leur aptitude à porter la situation.

Un bon support social et familial est considéré comme protecteur pour le patient, d'après De Clercq « *le meilleur hôpital où traiter la crise aigue du patient restera toujours le milieu familial et aucune infirmière ne pourra égaler le soutien de ce milieu familial ou de ses proches* ». (11)

Enfin, il faut évaluer le degré de rigidité de la famille, soit sa capacité ou son incapacité à se transformer. On va chercher à déstabiliser la famille et observer ses réactions et la marge de manœuvre dont dispose le patient par rapport aux contraintes exercées par ses proches, sa capacité à contenir sa tension interne.

- **Compétence de la famille**

Au delà de leur pouvoir informatif sur la situation du patient, les membres de l'entourage du patient sont des protagonistes de la crise et vont être actifs dans sa résolution.

La famille constitue en effet un levier thérapeutique puissant. D'un point de vue systémique, elle peut être vue, et se voir elle-même, comme porteuse de solutions et non de problèmes.

Au cours de l'entretien avec la famille, il est opportun de chercher à développer sa compétence, à promouvoir ses capacités auto-curatives et d'apprentissage, par des compliments, des encouragements. Les familles pourront alors se confronter plus facilement, plus positivement, à d'autres situations ultérieures analogues et ainsi éviter un recours ultérieur systématique à la psychiatrie en cas de nouvelle crise.

Réunir une famille permet de reconnaître la souffrance de chacun de ses membres et d'utiliser leurs propres ressources. Pour Guy Ausloos, « *l'information pertinente est celle qui vient de la famille et qui y retourne* » (28)

Ce n'est pas tant les familles qui ont besoin de nous pour aller mieux que nous qui avons besoin d'elle pour faire notre travail correctement.

Guy Ausloos, dans son ouvrage *La Compétence des Familles*, se positionne clairement : « *Nous avons besoin de vous pour faire notre travail parce que vous avez l'expérience, vous savez beaucoup, vous avez essayé de nombreuses solutions et vous avez connu des échecs mais aussi des réussites. Avec votre collaboration, nous avons plus de chances de faire du bon travail* »

L'auteur pose comme base de sa collaboration avec les familles le postulat de leur compétence : « *Une famille ne peut se poser que des problèmes qu'elle est capable de résoudre* ». (28)

Il sera important de valoriser les familles qui viennent nous rencontrer aux urgences, de mettre en lumière leur capacité à nous aider dans la résolution de la crise.

Le temps où la famille était désignée comme cause des problèmes de santé mentale est révolu. Dans le contexte encore actuel de désinstitutionalisation de la psychiatrie, la famille est désormais considérée comme une solution permettant de maintenir le patient dans son milieu. (29)

Une famille reconnue dans ses compétences et ses ressources, aidée dans sa souffrance, constituera le groupe humain le plus adapté à mettre en œuvre une prévention secondaire et tertiaire de la maladie et une démarche de réinsertion.

- **Prévention**

L'entourage, par sa seule présence et s'il est de bonne qualité est un facteur de protection du patient, notamment dans le cadre de la crise suicidaire.

Si le patient rentre à domicile après son passage aux urgences, l'entourage va être en première ligne et devra être en capacité de nous alerter en cas de danger.

La rencontre avec les membres de la famille doit être l'occasion d'une information autour des signes cliniques qui devront les inquiéter et les inciter à nous contacter ou à ramener le patient aux urgences.

En cas de crise suicidaire, nous nous devons de délivrer une conduite à tenir pour l'entourage.

Exemple de conseils pour l'entourage d'un proche en état de crise suicidaire :

- Se débarrasser des moyens disponibles pour la personne en crise et lui permettant de s'auto-agresser. Il s'agit de s'assurer qu'il n'y a pas, à la maison, de médicaments susceptibles d'être utilisés pour s'enlever la vie, et évidemment de sécuriser les armes à feu s'il y en a.

- On peut expliquer que, si la personne suicidaire demande à un proche de ne pas parler de ses idées ou comportements suicidaires, il importe de lui faire savoir vos inquiétudes et de lui indiquer qu'un tel secret est trop lourd à porter pour une personne seule, et aborder directement la question de confiance et de silence.

- Il faut ainsi rappeler que parler d'idées suicidaires n'augmente pas le risque de passage à l'acte.

- Il est également important de faire comprendre aux familles que le geste n'est pas jugeable, malgré leurs croyances.

- Nous pouvons aussi les informer que le suicide n'est pas une pathologie mais un acte de non-choix.

- Encourager les familles à développer ou renforcer la capacité de mettre en mots les tensions ressenties ou agies.

- Il faut s'assurer que les proches connaissent les ressources disponibles 24 heures sur 24 en cas d'urgence.

Ainsi, si la rencontre avec le patient et sa famille nous a permis d'atteindre l'ensemble de ces objectifs, cela nous permet d'envisager le retour à domicile dans de bonnes conditions.

3. Modèle de l'interaction-intervention de crise

Nous rappelons qu'au-delà d'une spécificité d'évaluation et d'orientation, la prise en charge aux urgences psychiatriques peut engager un travail interventionnel spécifique.

Les urgences psychiatriques sont aujourd'hui non seulement un lieu d'entrée dans le soin psychiatrique mais également un lieu spécifique de soin. (30)

Les interventions de crise ont montré leur efficacité en tant que début d'un processus psychothérapeutique. Plusieurs études ont montré que ce type d'intervention était en faveur d'une diminution du nombre d'hospitalisations en psychiatrie. (6)(31)

Caplan, souvent considéré comme le pionnier de la théorie de la crise, précise, en 1964, l'importance de l'intervention de crise et met en évidence le caractère préventif de ce type d'intervention sur le cercle vicieux de la répétition-chronicisation.

Il existe plusieurs modèles de travail de crise mais le plus abouti, et celui que nous avons choisi d'aborder, est celui d'interaction-intervention de crise d'Andreoli, repris également par De Clercq. L'interaction de crise est la phase d'évaluation préliminaire complétée ensuite de la phase d'intervention qui peut durer de quelques jours à six semaines.

L'intervention de crise est une stratégie préliminaire de soins qui se distingue nettement du traitement au long cours et qui vise à potentialiser le « *caractère fécond* » d'une situation de crise.(32)

Le patient a échoué dans la mise en place de ses propres tentatives de solution, nous allons essayer avec sa famille d'en trouver d'autres, afin que puissent émerger d'éventuelles solutions thérapeutiques et permettre ainsi une ouverture vers un changement.

Modalités pratiques de l'interaction de crise :

Toujours selon une vision systémique, l'entretien psychiatrique s'attache à identifier qui est visé par la crise et quel est l'enjeu relationnel du « symptôme » et donc tenir compte du contexte.

Il nous semble important de voir le patient comme compétent, considérer que ce sont le patient et son entourage qui possèdent l'information qui permettra de faire émerger la solution. Les ressources et valeurs du patient et de sa famille sont à rechercher et à valoriser.

Il nous semble également fondamental d'obtenir la restauration minimum d'estime de soi, dont le patient, en souffrance psychique, a grand besoin. Nous pouvons alors simplement commencer par lui demander « *Comment avez-vous fait pour tenir jusque là ?* ». Le patient va alors rechercher dans ses souvenirs, des expériences positives, des instants au cours desquels il a été compétent. Cela nous permet de le décaler de sa souffrance, de son vécu de dévalorisation, et/ou d'impuissance.

S'arrêter sur les exceptions, les moments où le patient a su s'adapter et donc éviter l'émergence de la crise, permet de renforcer le sentiment de compétence.

Si rien n'a été repéré, nous nous devons de rechercher avec le patient ce qu'il pourrait faire d'un peu différent à l'avenir, toujours dans une optique d'ouverture sur un changement.

Certaines réactions du patient sont à légitimer ce qui permet de réadmettre la personne dans le monde qui l'entoure et de court-circuiter la revendication ou l'escalade dans le comportement d'exclusion. (33)

Il semble nécessaire de tenter de s'affilier à chacun des membres en connotant positivement leur attitude, éviter de prendre parti, maîtriser les flots verbaux ou les invectives, éviter que tout le monde parle en même temps tout en gardant la position basse. L'information va ainsi circuler et permettre à chacun de laisser libre cours à ses émotions.

Savoir interrompre l'entretien et ainsi favoriser la communication intrafamiliale et laisser un moment où se disent des choses importantes. Notre rôle est celui du simple régulateur, nous devons laisser circuler la parole et arbitrer si besoin sans juger ni prendre parti. Nous procédons à un simple guidage par un questionnement ouvert, afin de rouvrir l'entonnoir dans lequel la famille en crise s'enfermait. La famille, en communiquant, va être en capacité d'élaborer elle-même la solution, alors que nous restons dans une position d'observateur. Ainsi, la famille reste active et peut parfois terminer l'entretien par elle-même. (apport de la théorie de S.Minuchin)

Les théories systémiques offrent des outils pertinents pour aborder les situations de tensions relationnelles.

Les courants actuels abordent les situations cliniques en termes de « problème », de « solution » et de « changement ». Le comportement symptomatique y est conçu comme témoin de la difficulté du système familial à aborder un changement pourtant nécessaire, « *l'expression d'un conflit entre les tendances à la conservation et celles qui poussent à la rupture des équilibres acquis* ». (34)

Avant de conclure, il est possible de proposer une tâche thérapeutique à l'un ou plusieurs des membres de la famille. Ceci est, là encore, un bon moyen d'amorcer du changement, même minime.

Un second rendez-vous est à prévoir dans un délai bref et sur les lieux de l'urgence tout en informant le patient et sa famille que nous restons à leur disposition en cas d'urgence.

4. Mise en pratique aux UMP de Nantes

Aux urgences médico-psychologiques de Nantes, nous proposons à certains patients et leur famille une « consultation de post-urgence » dans un délai de 24-48h à une semaine. En fonction de la qualité de l'alliance thérapeutique, nous pouvons poursuivre un suivi à court terme, permettant parfois de pallier au délai nécessaire avant d'initier une prise en charge individuelle et/ou familial en ambulatoire.

Ce temps dédié au patient et à sa famille nous permet de mettre en place la phase d'interaction du modèle d'interaction-intervention de crise.

Ces consultations de post-urgence sont généralement facilement acceptées par le patient et sa famille, le fait qu'elles aient lieu au sein des urgences permet de se dégager de la vision « asilaire » de la psychiatrie que conservent encore certaines personnes.

Nous avons noté que, dans de nombreux cas, cela permettait d'éviter une hospitalisation, notamment lorsque c'est la famille qui la demande avec insistance malgré notre avis.

Les revoir à court terme, apaise ces familles très inquiètes du retour à domicile de leur proche malade, elles se sentent entendues car on a pris en compte leurs angoisses.

Cela leur permet également de se sentir épaulées, elles qui, jusque là, étaient souvent seules face à la souffrance psychique du patient.

5. Limites de ce travail avec la famille

a) Alliance avec le patient

Notre priorité reste avant tout l'intérêt du patient et son autonomie dans la prise de décision.

Le fait de convier la famille aux urgences nous expose parfois au risque potentiel d'altérer l'alliance thérapeutique avec le patient, aux dépens d'une alliance avec sa famille.

En effet, si le patient vient aux urgences pour trouver un tiers extérieur, une protection, le fait d'associer ses proches pourrait être vécu comme une incompréhension.

Il pourrait considérer qu'on ne l'a pas correctement entendu ou encore qu'on l'infantilise.

Il est ainsi fondamental de toujours informer le patient de notre intention de solliciter son entourage afin qu'il ne sente pas trahi ou piégé.

Comme vu au sein du chapitre « *Comment mobiliser l'entourage* », il faut, dans la mesure du possible, laisser le patient joindre lui-même sa famille.

b) Alliance avec la famille

Il faut être vigilant quant à son propre ressenti lors de la rencontre de la famille. D'éventuelles pulsions agressives ou un contre-transfert négatif et contre-productif doivent être maîtrisés au mieux. Par ailleurs, la famille peut parfois renvoyer un sentiment d'impuissance au thérapeute, qu'il faut savoir accepter. (35)

c) Contexte de l'urgence

Faire face à la crise psychiatrique est toujours difficile pour le psychiatre des urgences. Cette difficulté réside, entre autres, dans la mise en place des modalités de réponse. Réponses qui se résument le plus souvent à hospitaliser le patient ou à le réorienter sur un suivi ambulatoire (CMP ou psychiatres libéraux). De plus, le contexte du service d'urgences n'autorise qu'une prise de décision rapide.

Avoir la possibilité de différer la réponse peut permettre à la famille de trouver ses propres solutions mais cela requiert du temps et de l'espace.

Le contexte de l'urgence ne permet pas d'identifier la totalité des enjeux relationnels en œuvre dans les familles rencontrées.

d) Tensions trop sévères

En cas de tensions familiales extrêmes, réunir le patient et ses proches peut, à l'inverse de l'effet escompté, accroître ses tensions et rendre l'entretien parfaitement impossible, voire même dangereux.

Dans ce cas, il peut être opportun de recevoir le patient et son entourage séparément.

e) Refus du patient

Dans certains cas, mais rarement, le patient refuse catégoriquement de prévenir un membre de son entourage.

Si nous n'avons pas d'inquiétudes majeures quant à un retour à domicile, nous laissons généralement sortir le patient, tout en consignait dans son dossier médical qu'il a refusé d'informer ses proches. Le secret médical ne nous permet pas, dans cette situation, de prévenir nous même la famille.

Dans le cas où nous sommes inquiets, notamment d'un risque de passage à l'acte suicidaire, nous proposons et incitons fortement le patient à une hospitalisation. S'il refuse d'alerter ses proches, c'est qu'il n'y a pas de possibilité immédiate d'ouverture vers un changement. En l'absence d'ouverture, de lien, le patient est considéré comme à risque de passer à l'acte.

Toute crise psychiatrique ne peut bien sûr être considérée comme l'expression d'un système familial en souffrance. L'entretien familial n'est donc pas indispensable dans tous les cas. Néanmoins, même s'il n'y pas de rencontre formelle, nous encourageons fortement les patients à avertir au moins une personne de l'entourage de ce qu'il se passe pour eux.

Laisser rentrer un patient sans l'inciter à alerter son entourage revient finalement à renforcer le fonctionnement pathologique du patient en crise. En effet, ce patient est généralement coupé de ses émotions, replié sur lui et ne peut plus communiquer sa souffrance.

C'est à nous de lui faire initier un changement en lui demandant de s'ouvrir à ses proches, famille ou amis.

A nous d'être le catalyseur d'un changement, par notre questionnement ouvert, en respectant les croyances et les valeurs du patient et de sa famille.

6. Le fait d'être associées à la prise en charge est-il satisfaisant pour les familles ?

Avant de terminer par les cas cliniques, il nous a paru intéressant de savoir si le fait d'être impliquée dans les soins aux urgences était satisfaisant pour la famille. Nous présentons une revue de la littérature sur le sujet.

J-L Lebow propose une définition du concept de satisfaction : elle correspondrait « au degré de réponse aux désirs, souhaits et demandes des usagers par rapport au traitement et à l'environnement des services de soins (réactions à la qualité des soins, aide apportée, disponibilité, accessibilité du soignant) ». (36)

L'échelle de référence internationale mesurant la satisfaction des usagers est le CSQ (Client Satisfaction Questionnaire), dont il existe plusieurs versions dont une française.

D'autres échelles ont été validées comme le QOSE (Questionnaire d'Opinion sur les Services Externes), le QAES (Questionnaire d'AutoEvaluation de la Satisfaction) et le VSSS (Verona Service Satisfaction Scale).

Globalement, les études portant sur la satisfaction des patients et de leur entourage pour les soins psychiatriques montrent que les proches sont moins satisfaits des soins que les patients eux-mêmes.

Nous avons également retrouvé qu'ils étaient plus satisfaits des soins ambulatoires que des soins hospitaliers.

Il est enfin intéressant de souligner que les proches du patient souhaiteraient être plus impliqués dans les soins psychiatriques et plus soutenus par les soignants.

D'après les études de Grella et al, les parents de patients sont plus satisfaits des soins que les conjoints et enfants. Pour Ostman et Hansson, les parents et les conjoints sont significativement plus satisfaits que les enfants des patients. (37) (38)

L'ensemble des auteurs concluent à la nécessité d'impliquer plus fortement les proches dans les soins aux patients.

Dans leur étude de 2002, Ampelas et al. ont voulu mesurer la satisfaction des patients et de leurs proches vis-à-vis d'un service de psychiatrie d'urgence et post-urgence.

Ils ont montré que le fait d'être associé aux entretiens était satisfaisant pour 94% des proches et 86% des patients.

93% des usagers étaient satisfaits du soutien porté aux proches.

75% des proches étaient satisfaits de l'information qu'on leur a délivrée.

Les résultats de l'enquête ont confirmé l'idée qu'avaient les auteurs qu'associer l'entourage du patient aux entretiens en cas de crise était apprécié des usagers. (39)

Finalement, les proches sont satisfaits d'être associés aux soins de leur proche et semblent être en demande de l'être davantage.

Ces données sont en adéquation avec ce que nous avons pu observer aux UMP de Nantes. Nous avons pu constater que, dans la grande majorité des cas, les familles sont très en demande de lien avec l'équipe soignante. Elles sont à la recherche d'informations sur la santé de leur proche, de notre avis sur la situation et de conseils pour les aider au mieux. Elles souhaitent également, et le plus souvent, être consultées avant la prise de décision.

D. Cas Cliniques

Afin d'illustrer nos propos, nous présentons deux cas cliniques, celui de Zoé D. et celui de Mr. Julien S.

1. Cas de Zoé D.

Zoé est une jeune patiente de 15 ans et demi, amenée aux urgences par ses parents dépassés par les comportements d'opposition de leur fille.

Dans ses antécédents, les parents nous rapportent que, de l'âge de 3 à 7 ans, Zoé a été suivie par une kinésologue dans le cadre d'une énurésie. Ce trouble avait fait suite à une tentative de suicide du père, par intoxication médicamenteuse volontaire aux bêtabloquants et survenue dans un contexte de syndrome anxio-dépressif.

La grand-mère maternelle a, elle, des antécédents d'épisodes dépressifs ayant nécessité plusieurs séjours en clinique psychiatrique.

Zoé vit chez ses parents avec son frère jumeau, Victor.

Elle a également une sœur de 23 ans, Luce, qui fait des études de Lettres Modernes et vit avec son compagnon dans un appartement à Nantes.

Zoé est au collège, en classe de troisième.

Dans un premier temps, nous décidons de rencontrer Zoé en entretien individuel.

Il s'agit d'une adolescente en surpoids, qui se présente peu soignée, en baskets, jean et sweat-shirt à capuche. Son allure est globalement très masculine.

Elle s'installe nonchalamment sur l'un des sièges du bureau de consultation, étend ses jambes et croise les bras. Zoé est dans l'opposition manifeste et adopte presque une attitude de défiance envers nous.

Elle reste quasiment mutique, et nous dira seulement vouloir « *faire souffrir ses parents* ».

Nous faisons ensuite venir les parents pour la seconde partie de l'entretien.

Ils relatent des troubles oppositionnels avec provocation vis à vis des figures d'autorité : les professeurs et eux-mêmes. Zoé est toujours en colère, irritable et intolérante à la frustration.

Les rapports mère-fille semblent, tout particulièrement, très hostiles. Zoé se confronte systématiquement aux limites et à l'autorité de sa mère, sans pour autant qu'il y ait de réelle mise en danger.

Ils ont également constaté que les liens fusionnels qui unissaient jusque-là les jumeaux se délitent progressivement.

La mère pense que le comportement de Zoé a changé suite à l'accident de Victor, quatre ans auparavant ce dernier a chuté accidentellement d'une falaise alors qu'il jouait avec sa sœur et leurs amis. Considéré comme miraculé, Victor n'a souffert que d'une fracture du radius droit.

Il n'y avait pas eu, jusqu'à ce jour, d'épisode de violence physique mais la veille, lors d'un énième accès colérique, Zoé a poussé sa mère. Craignant l'escalade dans la violence et se demandant « *jusqu'ouà cela va t'il aller ?* », les parents ont préféré amener leur fille aux urgences.

Lors de cet entretien familial, nous avons pu constaté que la mère de Zoé prenait beaucoup de place, elle dominait l'espace de parole. Le père est resté en retrait et n'a pas dit un mot, tout comme sa fille. Les demandes des différents protagonistes divergent, la mère veut que l'agressivité cesse et que Zoé soit suivie afin que l'on puisse « *régler son problème* », Zoé, elle, refuse catégoriquement l'idée d'un suivi individuel, « *ce n'est pas moi le problème* ».

Nous sommes donc face à une situation de crise familiale, le dialogue est, en l'état, impossible. La consultation s'est déroulée en fin d'après midi et il nous a paru opportun de garder Zoé aux urgences pour la nuit afin que chacun puisse prendre un peu de distance, son état ne nécessitant pas pour autant une hospitalisation en psychiatrie.

La patiente ainsi que ses parents acceptent facilement cette proposition.

Le lendemain matin, Zoé est apaisée et se livre un peu plus facilement. Elle nous raconte l'accident de son frère jumeau, qu'après cela, d'une part l'attention de ses parents semblait être portée uniquement sur Victor et que d'autre part, leur mère a renforcé son autorité et limité leur autonomie. Zoé se plaint d'être « *tout le temps punie, privée de sortie, privée de téléphone* ».

Elle est consciente des tensions intrafamiliales et serait favorable à un changement mais tient de nouveau à nous préciser que ce n'est pas elle le problème et qu'il faut donc que l'ensemble de la famille soit suivi. Elle nous dit pouvoir faire des efforts de comportement si sa mère accepte de lui rendre son portable.

Comme convenu la veille, nous procédons à un second entretien familial.

La mère de Zoé prend toujours autant de place et semble très intrusive. Elle recherche à tout maîtriser à la maison et il lui est difficile d'accepter l'autonomisation de ses enfants.

Elle dit « *tout porter* » et ne pas se sentir soutenue par son mari, et finit par s'effondrer en larmes. Nous mettons en lumière le besoin d'autonomie, d'individuation de Zoé, que ses parents et notamment la mère doit respecter et accompagner.

Madame D. s'engage à rendre son portable à sa fille, de son côté Zoé s'engage à aller s'isoler dans le jardin, ou faire un tour en vélo quand elle sent qu'elle risque de perdre le contrôle de ses émotions.

Il est également dit, en présence de son mari, que Mme D. a besoin de soutien et d'un espace de parole individuel.

Enfin, nous nous mettons d'accord avec la famille pour qu'elle débute une thérapie familiale et pour les revoir au moins une fois à distance de cet épisode. Nous demandons à Zoé, son frère Victor et leurs parents de revenir pour une consultation la semaine suivante.

Lors de cette consultation programmée, nous recevons Zoé individuellement dans un premier temps. Elle nous dit que la semaine s'est bien passée, qu'il n'y a pas eu de moments de crise. Elle est satisfaite d'avoir récupéré son portable et a même pu aller à une soirée d'anniversaire.

Le deuxième temps se déroule en présence des parents et de Victor. La mère est plus apaisée mais son mari semble toujours avoir du mal à trouver sa place.

Nous rencontrons pour la première fois Victor, qui semble assez détaché des conflits familiaux, il nous dit d'ailleurs avoir « *moins de problèmes que Zoé car ne demande pas autant à sortir* ».

Cette interaction de crise a permis, au moins temporairement, d'apaiser les conflits intrafamiliaux. Mère et fille, les protagonistes principaux, ont pu se sentir entendues.

Le travail se poursuivra en séance de thérapie familiale.

Commentaires :

Il s'agit donc du cas d'une adolescente opposante amenée par ses parents mais qui ne présente aucun trouble patent.

La demande de soin est donc formulée par les parents, et absolument pas par la patiente.

Bien souvent d'ailleurs, l'adolescent n'a pas de demande personnelle, il est « parlé par les autres ».

Le symptôme de l'adolescent, plus que tout autre urgence psychiatrique, doit être compris, soit comme une métaphore du système familial et des échanges intergénérationnels soit comme l'expression de son malaise existentiel propre.

Zoé ne nécessite pas d'hospitalisation en psychiatrie en urgence, nous sommes en dehors du cadre de l'urgence psychiatrique « pure ».

Le fait de garder la patiente pour une nuit permet à tout le monde de prendre de la distance et de s'apaiser tout en évitant le recours à une hospitalisation en psychiatrie. Nous leur avons clairement expliqué qu'il ne s'agissait au aucun cas d'une hospitalisation à long terme.

Cette hospitalisation provisoire est souvent le signe pour la famille, de la prise en compte de la gravité du problème par l'équipe des urgences psychiatriques, et que leurs difficultés ont été entendues.

Cette mise à distance permet l'apaisement de l'angoisse mais nous veillons toujours à ce que l'entourage reste mobilisé, qu'il entende que sa présence sera nécessaire pour la suite de la prise en charge.

Différer la réponse permet aussi à la famille de réfléchir à ses propres solutions.

Cette intervention a donc permis d'apaiser au moins temporairement les tensions, d'éviter une hospitalisation mais aussi de dégager certaines pistes à travailler au cours de la prise en charge ultérieure.

Nous avons rencontré une adolescente en quête d'autonomie, qui tente de se séparer d'une mère très anxieuse, anxiété vraisemblablement alimentée en partie par l'accident du frère jumeau de Zoé. Le père, n'arrivant plus à trouver sa place au sein de ce système, semble s'être désengagé. L'objectif final va être d'aider les parents à restaurer des hiérarchies familiales plus fonctionnelles, et par ce biais, permettre l'autonomisation de leurs deux adolescents.

Ce cas illustre également la prise en charge des patients mineurs aux urgences médico-psychologiques. Les mineurs représentent une part non négligeable des patients reçus.

Nous discuterons de certains aspects spécifiques de leur prise en charge dans la partie DISCUSSION.

2. Cas de Mr Julien S.

Il s'agit d'un homme de 30 ans admis aux urgences de Nantes par les pompiers suite à une intoxication médicamenteuse volontaire par 20 comprimés d'Oxazepam 50mg, 50 gélules de Venlafaxine 75mg et 20 comprimés d'Ibuprofène 400mg.

Il est hospitalisé à l'UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) pour surveillance médicale.

Dans ses antécédents il y a une hospitalisation en psychiatrie de cinq jours en août 2015 pour des idées noires et des scarifications dans un contexte de rupture sentimentale. Il s'était présenté de lui-même aux urgences avec une demande d'hospitalisation pour mise à l'abri.

Cette hospitalisation avait permis une importante mobilisation de sa famille qui avait été rencontrée à plusieurs reprises.

Mr S. ne s'est pas rendu aux consultations proposées par la suite.

Dans les antécédents familiaux, on note chez le père une alcoolodépendance sevrée.

Un traitement par Venlafaxine 75mg et Oxazepam 50mg a été instauré une semaine auparavant par son médecin généraliste mais Mr S. nous dira ne pas avoir suivi cette prescription.

Mr S. vit seul dans un appartement. Il est en cours de divorce suite à la décision de séparation annoncée par sa femme neuf mois auparavant.

Il a trois enfants de cette union de 11, 7 et 5 ans qu'il voit un week-end sur deux.

Il travaille depuis 8 ans comme préparateur automobile.

Il se dit bien entouré par sa famille : son père, ses nombreux frères et sœurs et ses cousins qui vivent tous dans la région. Sa mère est décédée en 2005 d'un cancer du sein.

Ce passage à l'acte suicidaire fait suite à une dispute téléphonique avec son ex-compagne. Il est passé à l'acte alors qu'il était seul chez lui, sans alerter aucun de ses proches. Devant l'absence de nouvelle, la famille s'est inquiétée.

C'est une de ses cousines qui a fait appel aux pompiers afin de faire ouvrir le logement de Mr S et qui a permis de le découvrir inconscient au milieu d'emballages vides de médicaments.

A l'entretien, la présentation et le contact sont marqués par un ralentissement psychomoteur important. Le patient est assis, recourbé sur lui-même et se tient la tête entre les mains. Nous n'avons aucun contact visuel.

Le discours est pauvre, il ne dit rien de son geste hormis qu'il ne supporte pas la séparation.

Mr S. dit avoir déjà eu des idées suicidaires mais jusque là non scénarisées et dit ne plus en avoir depuis qu'il a fait son geste.

L'humeur est triste, on retrouve une anhédonie et une aboulie.

Il décrit une insomnie et une anorexie évoluant depuis la rupture ainsi qu'une perte de poids de 6 kilos.

Il n'est pas allé travailler depuis deux semaines et dit ne rien faire de ses journées. Son père, inquiet de le savoir seul, lui demande de venir passer ses journées chez lui.

Il avoue mésuser alcool et cannabis depuis la rupture ce qui a eu un retentissement professionnel en raison de nombreuses absences.

Mr S. n'a aucune demande hormis celle de rentrer chez lui.

Devant la présentation du patient, le peu d'élaboration et le déroulement du geste suicidaire, une hospitalisation en psychiatrie lui est préconisée mais il la refuse en s'appuyant sur le fait que la première hospitalisation ne lui « *a servi à rien* ».

Face à son opposition, nous décidons de faire intervenir l'entourage et convenons avec Mr S. de faire venir son père. Toute la famille était déjà informée des faits par la cousine qui avait fait ouvrir le logement.

Nous réalisons un second entretien avec le patient et son père. A son arrivée, son père le prend dans ses bras pendant un long moment, l'appelle « Fils », il semble très protecteur.

Nous informons le père du patient de nos inquiétudes face au refus d'hospitalisation de son fils.

Il est d'accord pour dire que « *c'est grave* » mais qu'il n'ira jamais contre l'avis de son fils.

Il nous explique être passé par une « période sombre » lui aussi, « l'alcool, les idées suicidaires » et avoir même été hospitalisé en psychiatrie quelques jours et que cela avait été très difficile. « Je sais comment ça marche, je sais que parfois on ne se rend pas compte que ça peut vraiment nous aider, c'est après, quand on va mieux, qu'on voit que c'était nécessaire ».

Il entend le risque de récurrence de passage à l'acte suicidaire mais refuse toute mesure pouvant contraindre son fils. Il souhaite ramener son fils en famille « On va le guérir ».

Il précise que les autres membres de la famille sont tous de cet avis, qu'ils en ont discuté ensemble avant qu'il n'arrive aux urgences.

Cette famille semble particulièrement soudée et contenante pour le patient et étant donné leur souhait de ne pas hospitaliser leur proche, nous décidons de respecter leur demande ainsi que celle du patient.

En raison de l'absence d'un risque de dangerosité immédiate pour lui-même ou pour autrui, ainsi que son accord pour se rendre à une consultation de post-urgence, nous avons choisi de ne pas lancer de procédure de soins sans consentement.

Mr S. est donc sorti accompagné de son père qui va l'accueillir chez lui, et a accepté d'aller en consultation de post-urgence au centre médico-psychologique de son secteur, cinq jours plus tard. Il se projette dans un suivi ultérieur.

En présence du patient, nous avons clairement informé le père du risque de récurrence et de la nécessité d'une surveillance rapprochée. Nous leur avons laissé les coordonnées des urgences médico-psychologiques en main propre, et avons également informé des faits le médecin généraliste de Mr S.

Commentaires :

Nous sommes donc face à un homme suicidant de 30 ans.

L'élément déclencheur de la crise suicidaire est une rupture sentimentale. Le facteur protecteur majeur dans le cas de ce patient est la qualité de son entourage familial. Cette famille s'était déjà bien mobilisée en amont, plusieurs membres avaient discuté ensemble de la situation de Mr S.

Afin de favoriser l'alliance avec le patient, nous avons convenu avec lui de prévenir un proche, c'est lui même qui a choisi son père.

L'entretien a permis à chacun d'exprimer son point de vue sur la situation et ses ressentis, toujours dans une recherche de double-alliance.

Nous avons décidé de respecter le souhait du patient et celui de son proche entourage et de ne pas aller contre eux en utilisant une mesure de soins psychiatriques en cas de péril imminent. La situation clinique ne nous a, dans tous les cas, pas semblé relever de cette mesure.

Mr S. a pu partager sa souffrance avec son père et accepter d'aller chez ce dernier, et ainsi ouvrir une brèche vers un changement.

Néanmoins, d'un point de vue médico-légal, il a été fondamental d'informer le patient et surtout son père, représentant de la famille, du risque potentiel. Il a été noté dans le dossier médical du patient que cette information avait bien été délivrée.

II. PARTIE 2 : MISE EN PLACE DES SOINS PSYCHIATRIQUES AVEC IMPLICATION DE LA FAMILLE : A LA DEMANDE D'UN TIERS

A. Histoire de l'hospitalisation à la demande des familles comme tiers

Il nous a paru intéressant de nous attarder sur quelques points historiques afin de retracer l'évolution de la place de la famille dans la prise en charge de son proche malade, place qui a été constamment intriquée d'une part, avec les conceptions successives de la folie, et d'autre part, avec l'histoire du droit.

L'intérêt n'est pas, ici, de détailler l'ensemble de l'histoire de la psychiatrie ni du droit français mais seulement de comprendre les origines de la demande de tiers et la place de la famille dans les soins sans consentement.

1. Avant l'hôpital

a) *Civilisation hébraïque*

Les soins aux fous étaient alors probablement effectués au sein de la famille et comprenaient principalement des prières et des paroles. En cas de menace pour la paix ou pour l'ordre public, ils étaient exclus de la société : « *chassés de la communauté (...) beaucoup d'entre eux s'enfuirent dans les forêts* ». (40)

La folie était alors considérée comme punition divine consécutive à un pêché.

b) *Moyen-Age*

Les auteurs affirment que le fou était pris en charge au domicile. Il était perçu de façon positive, comme un envoyé du ciel, un messager divin potentiel. M.Laharie, dans son ouvrage sur La folie au Moyen Age, écrit « *soigner le fou avec amour et dévouement, c'est soigner le Christ lui-même* ». (41)

La famille était également responsable civilement en cas de dégradations commises par leur parent fou.

Au XIII^{ème} siècle, la loi énonçait que : « *Ceux qui sont forcenés doivent être liés par ceux qui doivent les garder et chacun doit aider à cela, afin d'éviter les dommages qu'ils pourraient causer, car ils auraient tôt fait de tuer eux-mêmes et les autres (...)* La garde d'un forcené est confiée à ses amis, notamment au curateur, pour éviter non seulement qu'il se blesse, mais aussi qu'il ne blesse les autres ». (41)

Simultanément à ce courant d'intégration à la famille, il existait une forme d'exclusion du fou. Considéré comme potentiellement dangereux ou associé au Mal, il pouvait alors être chassé par les siens, ou mourir de faim car considéré comme « *une bouche inutile* ». (40)

L'incarcération des fous, à visée répressive mais aussi préventive, n'était pas rare et restait financée par la famille. « *Si un insensé tue ou blesse à cause de sa forsenerie, il doit être mis en prison et entretenu aux frais de sa famille* » (40)

c) Emergence d'une première demande de la famille à la justice

A partir du XII^{ème} siècle, la famille pouvait demander à l'autorité judiciaire l'interdiction pour le malade de gérer ses biens. Le juge nommait alors un tuteur ou curateur parmi les membres de la famille, qui, au delà de sa mission d'administrateur, se devait aussi de protéger son parent fou « *en l'empêchant de se suicider ou de commettre un délit grave ou un crime* ». (41)

Au Moyen Age, la famille était donc au cœur de la prise en charge, elle pouvait accueillir et même soigner le malade mais aussi être à l'origine de son exclusion et de son enfermement.

2. Création de l'Hôpital Général

Face à l'augmentation considérable du nombre d'errants, l'Hôpital Général est créé, en 1656 à Paris, puis, en 1662 en province. Ce dispositif avait deux principaux objectifs : supprimer la mendicité et faire travailler cette population oisive. Aucun soin n'y était prodigué, les errants y étaient indistinctement enfermés de force. Les malades mentaux auraient représenté 5 à 10% de cette population.

L'Hôpital Général va également devenir une alternative pour les familles en cas d'échec des soins à domicile. Les maisons de force et dépôts de mendicité sont apparus un peu plus tard et accueillait également une population d'insensés.

La prise en charge institutionnelle devient alors une alternative à la garde au sein du milieu familial. Le commentaire de l'Ordonnance criminelle de 1670 énonce : « *Si après information sur la vie de l'accusé on constate le dérangement de son esprit, les juges décident qu'on doit le garder dans la famille ou l'interner soit à l'hôpital soit dans une maison de force* ». (42)

a) *La lettre de cachet : officialisation d'une demande de la famille*

Sous l'Ancien Régime, la lettre de cachet servait à la transmission d'un ordre du roi et permettait notamment l'incarcération ou l'internement de personnes jugées indésirables par le pouvoir. La lettre de « petit cachet » pouvait être expédiée non pas du mouvement du roi mais sur requête d'un particulier pour des affaires privées.

Cette démarche, rapide et discrète, était soumise à une enquête par l'autorité administrative à des fins de vérification. Lorsque la demande n'était pas suffisamment fondée, elle était rejetée, ceci permettant une certaine garantie contre l'arbitraire des familles. Une recherche d'unanimité au sein de la famille était également recherchée : « *On veille autant que possible à obtenir le consentement de toute la famille, en tout cas à connaître les raisons de rivalité ou d'intérêt qui empêchent, le cas, échéant, de réunir cette unanimité* ». (43)

Selon Foucault, une séparation s'est opérée à l'âge classique entre raison et déraison : « *L'internement et tout le régime policier qui l'entoure servent à contrôler un certain ordre dans la structure familiale qui vaut à la fois comme règle sociale et comme norme de raison* ». Selon sa thèse, les déviants internés constituaient un monde homogène de déraison. « *L'institution familiale trace le cercle de la raison ; au delà menacent tous les périls de l'insensé.* » (44)

b) La sentence d'interdiction

Elle privait le citoyen de ses droits civils et de ses biens, et pouvait être demandée par la famille auprès de l'autorité judiciaire. Cette mesure était suivie d'un internement systématique.

A partir de 1784, les aliénés vont disposer d'une place à part et la décision de leur internement n'est prise que si une sentence d'interdiction a été prononcée avant que la lettre de cachet ne soit rédigée.

« *Les familles et même les pères et mères, quoiqu'en général plus disposés à l'indulgence que les autres parents, exagèrent quelque fois le tort des sujets dont ils ont sollicité la détention. (...) Quand il s'agit de faire enfermer un mineur, ne fût-ce que pour la forme de correction, le concours du père et de la mère jusqu'à présent paru suffire. Mais les pères et les mères sont quelque fois injustes ou trop sévères ou trop faciles à s'alarmer (...) Enfin, il ne faut accueillir qu'avec la plus grande circonspection les plaintes des maris contre les femmes, celles des femmes contre leurs maris.* » (45)

Cette nouvelle circulaire ministérielle est née de la crainte d'internement abusif.

Elle prononçait également la nécessité pour le juge de solliciter l'expertise de deux médecins.

c) Abolition des lettres de cachet

Après la Révolution, la procédure des lettres de cachet est abolie par décret en mars 1790, jugée trop despotique par les révolutionnaires.

La responsabilité des familles est alors accentuée, et l'aliénation se médicalise avec notamment les écrits de J.Daquin puis P.Pinel.

d) *Médicalisation de l'aliénation*

L'internement ne se justifie plus uniquement de motifs d'ordre public et de protection sociale, il devient également thérapeutique.

L'opinion de Pinel reflète celui des autres aliénistes : « *Il est si doux en général pour un malade d'être au sein de sa famille et d'y recevoir les soins et la consolation d'une amitié tendre et compatissante, que j'énonce avec peine une vérité triste mais constatée par l'expérience la plus répétée, la nécessité absolue de confier les aliénés à des mains étrangères et de les isoler de leurs parents* ». (46)

Pour le bien du malade, il était exclu de sa famille qui perd alors toute place dans la prise en charge.

3. Loi du 30 juin 1838 dite « Loi Esquirol », ou encore « Loi des aliénés »

a) *Contenu de la loi*

Cette première législation française concernant les aliénés reposait sur 4 principes :

- garantir la liberté individuelle
- garantir la sécurité publique
- ménager l'honneur des familles
- favoriser l'application des meilleurs moyens curatifs.

Elle introduit le Placement Volontaire qui y est défini comme suit :

« *Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et directeurs des établissements privés et consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis :*

1/ Une demande d'admission

2/ Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer

3/ Le passeport ou toute pièce d'identité de la personne à placer » (47)

Le Placement Volontaire représentait les prémices de la future procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers. Il était « Volontaire » car selon la volonté de la famille.

La demande était à formuler de la façon suivante « *Je soussigné,..., prie le directeur d'admettre dans son établissement, Mr/Mme..., pour y être traité d'aliénation mentale dont il est atteint. »*

A l'admission, la place du médecin était facultative : « *En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin ».*

Elle était par contre affirmée une fois l'internement effectif, avec l'instauration des certificats de 24h et de quinzaine.

La loi de 1838 a également introduit le Placement d'Office quand « *l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes ».*

Aucun certificat médical n'était obligatoire pour la mise en place de cette procédure.

Le maire, qui demandait l'admission immédiate d'un malade, attestait de l'imminence du danger soit par un certificat médical soit par la notoriété publique.

Lorsqu'un malade relevait du Placement d'Office, il était possible de maintenir son internement à la demande de l'autorité médicale alors que la famille demandait la sortie.

La loi de 1838 a formalisé la demande de la famille à un établissement, dont la pratique avait commencé au début du XVIIème siècle. Cette démarche fait suite à plusieurs siècles de responsabilité familiale unique, de soins à domicile ou d'exclusion en cas d'impossibilité de prise en charge.

Elle a introduit la demande d'admission rédigée par un parent, ancêtre de notre demande de tiers actuelle.

Dans cette loi, la place de la famille restait primordiale. En effet, la protection de l'honneur de la famille faisait partie des objectifs du texte et la démarche du Placement Volontaire provenait de la famille.

« *La nature de la maladie est telle, qu'il est de l'intérêt des familles de la cacher avec le plus grand soin »* écrit Falret. (48)

Néanmoins, l'autorité familiale disparaît lors d'une situation de trouble à l'ordre public ou d'atteinte à la sûreté, qui ne concernait alors uniquement l'administration.

La loi de 1838 fut un « *monument* », immédiatement critiquée, difficile à appliquer mais maintenue durant 150 ans. (40)

b) Après la loi de 1838

Un questionnement apparaît : que fait-on des malades qui demandent leur admission, et qui ne sont, ni accompagnés de leur famille, ni un trouble à l'ordre public ? Falret constatait : « *il est un cas, à la vérité rare et exceptionnel, qui n'est pas prévu par le projet de loi (celle de 1838), c'est celui où le malade lui-même se présente pour être admis dans un établissement. Quelle sera alors la règle de conduite des chefs d'établissements ?*

Peut-on refuser un asile à ces infortunés, et, pour satisfaire aux formalités de la loi, assumer la responsabilité des évènements les plus graves ? » (48)

Dans les années 1920, les premiers équivalents de services ouverts sont mis en place. La circulaire du 13 octobre 1937, dite « circulaire Rucart », incite chaque département à prévoir « *l'organisation de services libres d'observation et de traitement où des soins précoces pourront être assurés à l'aide d'un personnel médical et infirmier qualifié* » « *Ces services, non soumis au régime légal de 1838, sont destinés à hospitaliser des malades atteints de troubles psychiques qui ne présentent pas de réactions dangereuses pour leur entourage et qui n'élèvent pas de protestations à l'égard de leur hospitalisation* » (49)

Par les circulaires de 1949 puis de 1951, ces services prennent le nom de services libres.

Dès 1839 jusqu'à la création de la loi du 27 juin 1990, de nombreuses circulaires critiquent les modalités d'admission des aliénés ne troublant pas l'ordre public. Dans celle de 1839, on peut lire « *Souvent les malheureux auxquels il y a lieu d'appliquer l'article 25 de la loi sont éloignés de leur famille, et il leur serait impossible, à raison même du dérangement de leurs facultés mentales, d'indiquer le domicile de tous leurs ascendants et descendants* » (50)

L'utilisation du Placement d'Office en cas d'absence de tiers est décrite en 1982, par une analyse rétrospective de 147 dossiers à Paris.

Les auteurs constataient les faits suivants : « *Il semble que dans 83% des cas, l'absence ou l'éloignement de la famille au moment de l'internement interdirait tout choix : le préfet joue un rôle social imposant une hospitalisation sur le mode du placement d'office alors que pour bon nombre d'entre eux le PV s'avérait possible* ». (51)

Les auteurs ont recueilli les différentes raisons expliquant l'impossibilité d'obtenir une demande de la famille :

- Absence de la famille : 83%
- Refus de la famille : 3,6%
- « Famille pathologique » : 2,9%
- Conflit familial : 2,2%
- « Pathologies nécessitant que la famille ne soit pas impliquée » : 8%

4. Loi du 27 juin 1990, dite « loi Evin », relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

L'aliéné devient un malade psychiatrique, reconnu comme un citoyen malade qui conserve les droits fondamentaux de toute personne. Le texte de loi revient notamment sur l'appellation « placement » et redonne à l'hospitalisation la première place.

L'hospitalisation libre devient la règle, dans l'article L.326.1 on lit : « *Nul ne peut être sans consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, hospitalisé ou maintenu en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux hormis les cas prévus par la loi* » (52)

L'article L.326.3 en donne une définition : « *Toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre.*

Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause ». (52)

Comme Albert Londres l'écrit dans *Chez les fous* : « *Jusqu'ici, on avait le droit de souffrir du foie, de la rate et des autres organes supplémentaires ou essentiels. Il était défendu d'avoir mal à l'encéphale ou il fallait s'adresser au commissaire de police. Pour être fou, on avait besoin de certificats ! Aujourd'hui on n'a qu'à pousser une porte ». (53)*

Les caractéristiques des troubles mentaux indiquant une hospitalisation sous contrainte sont alors définies :

« Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement à la demande d'un tiers que si :

1/ Ses troubles rendent impossible son consentement,

2/ Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier ». (52)

La loi du 27 juin 1990 crée l'Hospitalisation sur Demande d'un Tiers dont la mise en place nécessite une demande manuscrite et signée de la personne qui la formule, et deux certificats médicaux circonstanciés de moins de 15 jours dont un réalisé par un médecin extérieur à l'établissement accueillant le malade.

L'article L.333.2 complète cette modalité en y ajoutant une mesure d'urgence : « *A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement pourra prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil. »*

Elle introduit aussi l'Hospitalisation d'Office pour les personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes.

5. Loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Nous avons choisi de détailler le contexte de création de cette loi, qui reflète bien les implications politiques et sociétales qui font la pratique psychiatrique d'aujourd'hui.

a) Contexte d'émergence

- **Climat européen**

La réforme de la loi de 1990 a été grandement influencée, et notamment par les recommandations européennes. Elles prônaient alors le droit à la liberté et à la sûreté pour tous, le droit à l'information pour le patient, l'augmentation des contrôles des hospitalisations sans consentement, le caractère exceptionnel de ces dernières et la nécessité d'une plus grande judiciarisation.

En 2010 et 2011, deux décisions du Conseil Constitutionnel, faisant suite à des Questions Prioritaires de Constitutionnalité, ont estimé l'absence de contrôle par le juge judiciaire des HDT et des HO au-delà de 15 jours non conforme à l'article 66 de la Constitution. La Cour européenne des droits de l'homme, dans un arrêté de 2011, a considéré que la France avait violé l'article 5.4 de la Convention européenne des droits de l'homme car la loi ne permettait pas qu'un juge statue « *à bref délai* » sur la légalité de la privation de liberté d'un patient hospitalisé sans consentement.

- **Renforcement des droits des malades**

D'autre part, en France, la loi du 4 mars 2002, relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé, réaffirme l'évolution du statut du patient avec une volonté d'augmentation des droits et de protection des libertés individuelles, dans un souci de conformité avec les grands principes fondamentaux de respect des droits de l'homme.

Elle consacre les droits des malades : droit fondamental à la protection de la santé, droit à la solidarité pour toute personne handicapée, droit au respect de la dignité, droit à la dignité des détenus malades, droit à l'information, droit au respect de la vie privée et au secret, droit au traitement de la douleur et aux soins palliatifs, droit à la scolarité de l'enfant malade hospitalisé et droit de recevoir des soins appropriés.

Elle affirme entre autre « *qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* », les hospitalisations sans consentement constituant une dérogation au droit commun. (54)

Elle introduit également la notion de personne de confiance.

Elle vient modifier certains points précis de la loi du 27 juin 1990 et elle rajoute notamment la référence obligatoire à la présence de troubles mentaux nécessitant des soins pour l'Hospitalisation d'Office.

- **Plusieurs rapports d'évaluation de la loi de 90**

La loi du 27 juin 1990 prévoyait, dans son article 4, une évaluation de ses dispositifs dans un délai de cinq ans. Cette évaluation a donné lieu à plusieurs rapports :

Rapport Strohl

En 1997, le rapport Strohl suggérait une simplification de l'entrée dans les soins et la mise en place de soins sans consentement extrahospitaliers.

Il dénonçait la pratique d'une demande par un tiers administratif qualifié de « *faux tiers* » (par exemple, les assistantes sociales).

Les auteurs surlignent aussi la difficulté de la démarche de demande de tiers pour certaines familles. « *Même quand les proches étaient très sensibilisés au problème de la maladie mentale, les obliger à faire eux-mêmes la demande d'hospitalisation sans consentement ne leur faciliterait pas la tâche. Car pas une personne, même si elle sait ce qu'est la maladie mentale, la souffrance que représente la crise, la nécessité de soigner le malade qui refuse le soin et dénie sa maladie, ne peut signer une telle demande sans être ambivalente* ». (55)

Rapport Cléry-Melin

En septembre 2003, le rapport Cléry-Melin propose, entre autre, de :

- Simplifier l'accès aux soins et harmoniser la périodicité des certificats légaux.

- Mieux informer les professionnels, ainsi que les malades et leurs familles.

Une meilleure information concernant le dispositif légal d'hospitalisation sous contrainte, les droits des patients et les modalités de recours, de l'ensemble des acteurs concernés est fortement souhaitée.

- Pourvoir à la défaillance de tiers : le recours à l'assistante sociale ou à toute personne n'étant pas proche du malade pour faire la demande d'HDT a été dénoncé. *« Cependant, l'absence de tiers ne devrait pas conduire à une abstention thérapeutique ni à une utilisation abusive de l'HO. Une procédure d'hospitalisation sous contrainte initiée par un seul certificat rédigé par un psychiatre ne dépendant pas de l'établissement où sera hospitalisé le patient pourrait, en cas d'urgence seulement, résoudre cette impasse. (...) Cette disposition deviendrait la nouvelle Hospitalisation Urgente (HU). »* (4)

Rapport de l'IGA, IGPN et IGGN

En 2004, le rapport de l'Inspection Générale de l'Administration, de l'Inspection Générale de la Police Nationale et de l'Inspection Générale de la Gendarmerie Nationale dénonce une extension parfois abusive de la notion de tiers *« pour prononcer coûte que coûte une hospitalisation »*. (56)

Ils mentionnent le *« dilemme des proches de la personne atteinte de troubles mentaux qui se voient contraints de prendre une décision brutale à son égard, souvent traumatisante car vécue comme une trahison »*. Ils précisent toutefois que *« les tiers conserveraient néanmoins un rôle important dans le dispositif, afin (...) de perpétuer une implication des familles »*.

Rapport des IGAS et IGSF

En mai 2005, un rapport des Inspections Générales des Affaires Sociales (IGAS) et des Services Judiciaires (IGSJ) déplore les situations d'impasse en l'absence de demande écrite de tiers.

Les auteurs insistaient sur la difficulté pratique à trouver un tiers et la réticence de certains à formuler une demande écrite en partie liée à la crainte de « *représailles de la part du malade* » ou de « *trop grandes souffrances* ». « *La contradiction est très importante pour un proche du malade entre le souhait de permettre au patient d'être soigné, le désir d'être soulagé de cette charge et la nécessité de prendre une décision qui est intrusive pour le patient* ». En conclusion, ils proposent que le tiers devienne demandeur de soins psychiatriques et non d'hospitalisation, les modalités de ces soins seraient définies par le médecin.

- **Climat politique sécuritaire**

Les différents rapports présentés plus haut n'ont pas donné lieu à la révision escomptée de la loi de 1990. Il a fallu attendre la médiatisation de faits rares mais dramatiques pour que les pouvoirs publics se mobilisent, dans le cadre d'une politique sécuritaire.

Suite, notamment, à la mort d'un étudiant à Grenoble causée par un patient en fugue d'un hôpital psychiatrique, le Président de la République, Nicolas Sarkozy, se prononce lors d'un discours à Antony le 2 décembre 2008. Il déclare que les faits divers récents « *ne sont pas imputables à la fatalité mais aux lacunes de l'organisation* » et annonce un plan de sécurisation :

« *Il faut plus de sécurité et de protection dans les hôpitaux psychiatriques (...) Certains patients hospitalisés sans leur consentement seront équipés d'un dispositif de géolocalisation* ». (57)

- **Associations des usagers**

L'émergence du mouvement associatif, notamment la FNAPSY (Fédération Nationale des usagers en PSYchiatry) et l'UNAFAM (Union Nationale des Amis et FAMILles de Malades psychiques), demande une réforme de la loi de 1990 et souhaite participer à son élaboration. Les membres de ces organismes se plaignaient notamment qu'un certain nombre de patients ne pouvaient pas faire l'objet de soins du fait de l'absence de tiers.

b) Contenu de la loi : les principes généraux

On peut regrouper les apports de la loi de 2011 sous la forme de dix grands principes :

- Le principe selon lequel les soins libres demeurent la règle et les mesures de contrainte l'exception à été réaffirmé.
- Clarification des termes utilisés : l'HDT devient Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (ADT, SDT ou SPDT), l'HO devient Admission en Soins Psychiatriques sur Demande du Représentant de l'Etat (ADRE, SDRE ou SPDRE). La contrainte concerne les soins et n'est plus synonyme d'hospitalisation.
- Intervention systématique du JLD lors des hospitalisations sans consentement dans les 15 premiers jours de l'hospitalisation puis tous les 6 mois pour les patients en hospitalisation complète.
- Une période d'observation et de soins initiale de 72 heures pour les patients en soins sous contrainte permettant régulièrement d'attester par certificats la nécessité des soins sous la forme d'hospitalisation complète.
- La création d'un programme de soins permettant la poursuite des soins sous contrainte en ambulatoire.
- Une définition plus précise du patient dont l'état peut être présumé dangereux avec une augmentation des contrôles et avis pour les modalités de soins de ces patients.
- La mise en place d'un collège de soignants.
- La mise en place d'une nouvelle forme de soins sous contrainte, sans tiers : l'admission en Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent (API, SPI ou SPPI).
- Définition de la conduite à tenir en cas de désaccord entre le psychiatre garant du soin du patient et le préfet garant du maintien de l'ordre public.
- Renforcement des droits du patient : recours plus facile à la justice, confirmation de l'importance de la CDHP qui devient la CDSP (Commission Départementale des Soins Psychiatriques)

6. Loi du 27 septembre 2013

Saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité, le Conseil Constitutionnel a décidé de certaines améliorations d'ordre législatif.

Ces ajustements sont les suivants : la spécificité de la levée des soins pour les patients traités en unité pour malades difficiles ou admis à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale a été supprimée, les sorties de courte durée réintroduites, l'audience du juge et la production des certificats médicaux réorganisés. (58)

7. En résumé

Avant le 19^{ème} siècle, le malade vivait au sein de sa famille mais il en était facilement expulsé en cas de trouble à l'ordre public. Avec la médicalisation de l'aliénation, le parent fou est interné, et mis à distance de sa famille, alors jugée pathogène.

La demande de la famille à un établissement de soins est formalisée avec la loi de 1838 qui crée le placement volontaire, ancêtre de la demande de tiers. La famille « déposait » alors son parent fou à l'asile et se réorganisait sans lui, l'avis du médecin était parfois facultatif.

La loi de 1990 proclame la primauté du consentement et en 2002, les droits des malades sont consacrés.

Le malade vit désormais dans sa famille, qui, dans un contexte de désinstitutionalisation des soins, reprend une place majeure dans sa prise en charge.

Les familles, désormais représentées par des associations, peuvent faire entendre leurs droits et leurs demandes. La loi de 2011 y a d'ailleurs répondu en partie, en créant l'admission en soins psychiatriques sans tiers, en cas de péril imminent. Paradoxalement, cette mesure, et nous le détaillerons dans la partie consacrée, rediscute la place de la famille.

Désormais, et le plus souvent, c'est le médecin qui indique les soins au vu de l'état clinique de son patient et qui sollicite la famille afin qu'elle formule une demande.

B. Généralités sur les hospitalisations sans consentement

1. Données démographiques et statistiques

a) En Europe

Les taux d'hospitalisations sans consentement varient considérablement entre les pays et ce dans un rapport de 1 à 20. Malgré ces différences, la majorité des pays a connu une même tendance à l'augmentation du taux d'hospitalisation sans consentement ces vingt dernières années. En Europe, la France et le Portugal sont les pays qui ont le moins recours aux mesures de contrainte.

b) En France

En 1992 et 2001, le nombre d'hospitalisations sans consentement a augmenté de près de 86%. Cette augmentation concerne principalement la mesure d'HDT dont le nombre a crû de 60%. Mais cette progression s'inscrivait dans un contexte de croissance globale du nombre d'hospitalisations complètes en psychiatrie.

En 2009, 154 mesures d'hospitalisation sans consentement pour 100000 habitants de plus de 20 ans ont été dénombrées. Cette proportion varie dans un rapport de 1 à 7 au niveau départemental. (59)

Les données les plus récentes concernent l'année 2014 et sont disponibles sur le site de l'ATIH : 415 000 patients ont eu recours à des soins psychiatriques hospitaliers dont 346000 en temps plein. Près de 16% des journées d'hospitalisation en psychiatrie sont réalisées sans le consentement du patient et concernent plus de 75000 patients. Ce nombre est en légère augmentation par rapport à celui de 2013.

2. Caractéristiques des patients hospitalisés sans leur consentement

Dans la littérature, nous avons retrouvé plusieurs études explorant les critères de décision de l'hospitalisation sans le consentement.

Braitman et al., dans une étude de 2014, rapportent que les patients hospitalisés sans leur consentement seraient moins souvent célibataires, et plus fréquemment adressés par un médecin.

Les auteurs concluaient que le fait d'être marié ou adressé par un médecin ou la famille pourrait faciliter l'accès aux soins par les urgences pour les patients qui les refusent.

Ce résultat conforte l'intérêt, sur les lieux d'urgence, d'un travail avec les familles pour favoriser l'accès aux soins de leur proche en lien avec les équipes de soins de secteur et les médecins traitants. (60)

Salize et Dressing, dans une étude épidémiologique européenne de 2004, retrouvaient que les patients hospitalisés sans leur consentement sont le plus souvent des hommes jeunes, souffrant en majorité de troubles psychiatriques sévères, parmi lesquels la schizophrénie et les autres troubles psychotiques. Cette population représenterait 30 à 50% des hospitalisations sous contrainte. (61)

Van der Post et al. rapportaient, en 2008, un risque relatif de décision d'hospitalisation sans consentement quadruplé par le diagnostic de psychose ou d'épisode maniaque, par le fait de vivre chez ses parents, d'être adressé par la police ou par la présence d'antécédents d'hospitalisations sans consentement dans les cinq dernières années. (62)

3. Le consentement et les critères d'hospitalisation sous contrainte

a) Le consentement, quelle définition ?

Le consentement est défini en droit comme l'acquiescement donné par une partie à la proposition d'une autre, entraînant ainsi des obligations contractuelles réciproques.

Les textes législatifs français ne spécifient aucune délimitation à l'incapacité à consentir aux soins du fait de troubles mentaux et il revient donc au médecin de l'apprécier. (63)

Il n'y a pas de consentement sans information, pour être recevable, celui-ci doit être libre et éclairé. Un consentement libre implique trois types de capacité :

- le libre arbitre, qui implique que le sujet soit capable de discerner ce qu'il veut sans être induit par une pression extérieure
- la capacité juridique, qui implique qu'en cas d'incapacité juridique la loi du 5 mars 2007 (portant sur la protection juridique des majeurs) s'applique
- la capacité physique

Un consentement éclairé suppose une information claire, soit, susceptible d'être entendue et comprise par le malade mais aussi loyale, c'est à dire la plus proche possible de la réalité constatée, et enfin adaptée à la pathologie et à la personnalité de chacun.

Le consentement n'a pas de caractère définitif mais « s'inscrit de façon dynamique dans le développement d'une relation thérapeutique et peut varier au gré de la conscience de ses troubles ». (64)

b) Capacité à consentir

Son évaluation est centrale et décisive en psychiatrie.

Une Charte du consentement a donc été proposée pour permettre une évaluation plus explicite et plus formalisée à partir de cinq capacités nécessaires :

- comprendre (recevoir une information sur la maladie)
- apprécier (peser les risques et bénéfices du traitement)
- raisonner (détermination du meilleur choix de manière rationnelle)
- exprimer sa décision librement
- maintenir son choix dans le temps (65)

Elle est aussi fortement corrélée à l'insight qui comprend trois grandes dimensions : conscience de la maladie, capacité à attribuer les expériences mentales inhabituelles à la pathologie et adhésion aux traitements.

L'insight est défini comme la conscience de la maladie et la capacité à attribuer une cause aux symptômes de la maladie.

En 2014, une étude de Braitman et al. a montré l'importance de l'évaluation de l'insight aux urgences. La présence d'un faible insight n'abolit pas toujours la capacité du patient à consentir aux soins, et ce dernier peut, malgré tout, participer à la prise en charge de manière active. (60)

c) Critères généraux d'hospitalisation sans le consentement

- **Recommandations mondiales**

Le modèle de l'American Psychiatric Association (APA) comprend les cinq critères suivants :

- un diagnostic fiable d'un trouble mental sévère
- une détresse majeure du patient
- la disponibilité d'un traitement efficace
- l'incapacité à consentir aux soins
- le caractère raisonnable du traitement appliqué qui serait accepté par une personne compétente à consentir.

- **Recommandations européennes**

Une personne peut faire l'objet de soins sans consentement si :

- elle est atteinte d'un trouble psychique
- son état présente un risque réel de dommages graves pour sa santé ou pour autrui
- le placement a notamment un but thérapeutique
- aucun autre moyen moins restrictif de fournir des soins appropriés n'est disponible
- l'avis de l'intéressé a été pris en considération. (66)

4. Spécificités du tiers

a) Définition du tiers

C'est la loi de 1990 qui définit le tiers légitime pour demander une admission.

« La demande d'admission est présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil » (52).

Dans le texte loi de 1990, le degré de parenté mis en avant dans la loi de 1838, devient secondaire par rapport à la nature des relations entre demandeur et bénéficiaire. Les jurisprudences successives, insistent sur la nécessité pour le tiers de pouvoir prouver d'une part, l'existence de « relations » ou de « liens personnels » avec le malade et d'autre part, l'antériorité de ces liens par rapport à la demande d'admission.

La loi du 5 juillet 2011 précise le tiers comme suit : *« un membre de la famille du malade ou une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci. La forme et le contenu de cette demande sont fixés par décret en Conseil d'Etat ».* (67)

Au cours de la prise en charge, le tiers doit être informé d'éléments purement légaux concernant le patient.

Ainsi, il est averti :

- Du passage d'une prise en charge en hospitalisation complète vers des soins ambulatoires et de la levée de la mesure de soins.
- De la requête du patient auprès du JLD pour demander la fin de son hospitalisation
- De la date de l'audience dans le cadre de la saisine systématique du JLD lors d'une hospitalisation complète continue de 15 jours.
- D'une autorisation de sortie non accompagnée de courte durée (maximum 48 heures)

Par ailleurs le tiers ayant signé la demande de soins sous contrainte a un certain nombre de droits dans l'intérêt supposé du patient. Il est considéré comme un verrou contre les abus potentiels des soins sans consentement. Il peut agir à différents niveaux :

- En communiquant avec les autorités (Président du Tribunal de Grande Instance, Préfet, Procureur)
- En saisissant la Commission Départementale de Soins Psychiatriques (CDSP)
- En saisissant la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) de l'établissement.
- En prenant conseil auprès d'un avocat ou d'un médecin
- En informant le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Libertés (CGLPL) de faits ou de situations susceptibles de relever de sa compétence
- En consultant le règlement intérieur de l'établissement pour obtenir les explications qui s'y rapportent.

Le tiers peut s'il le souhaite, saisir le JLD afin de demander la levée d'une mesure de soins sans consentement. Pour cela, il doit rédiger une requête détaillée, que le juge examine afin de donner son jugement. Le juge peut alors demander à entendre le tiers.

Enfin, le tiers peut demander la levée de la mesure de soins psychiatriques au directeur de l'établissement qui peut la refuser si un certificat médical de moins de 24 heures atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient.

Néanmoins, le tiers ne peut en aucun cas obtenir une sortie contre avis médical.

Limites de la définition légale

Dans leur article de 2010, Houssou et Lachaux mettent en lumière deux problèmes dont les effets peuvent se faire sentir en pratique.

- « *Quelle doit être la durée de cette antériorité des relations à la formulation de la demande ?*
- *Qu'est ce qui en définitive, détermine dans la nature des relations ce qui habilite le tiers à agir dans l'intérêt du malade ? »*(68)

b) Protection du tiers

Dans les recommandations de l'HAS, il est indiqué que si le patient souhaite connaître l'identité du tiers, il est conseillé que ce soit le psychiatre référent durant l'hospitalisation qui apprécie au cas par cas le rapport bénéfices/risques de cette divulgation. (69)

En pratique, aux urgences de Nantes, nous informons toujours le patient, même le plus inaccessible, de notre intention de joindre un de ses proches et donc de l'identité du tiers potentiel. Lorsqu'il existe une réelle menace pour ce tiers potentiel en raison de la pathologie présentée par le patient, nous pouvons être amenés à mettre en place une mesure de soins psychiatriques en cas de péril imminent. Cette situation est détaillée au sein de la troisième partie de ce travail de thèse.

C. Mise en œuvre des soins psychiatriques à la demande d'un tiers.

1. Application du texte de loi

Selon la loi du 5 juillet 2011, l'admission en soins psychiatriques d'une personne est décidée par le directeur de l'établissement lorsque deux conditions simultanées sont réunies : le patient doit présenter, d'une part des troubles mentaux qui rendent impossible son consentement, et d'autre part un état mental qui impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète (Art L3212-1 du code de la santé publique) (67).

Ces conditions sont communes à l'admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT), à l'admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers d'Urgence (SPDTu), et à l'admission en Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent.

Le directeur de l'établissement décide l'admission au vu d'une demande présentée par un tiers et de deux certificats médicaux circonstanciés dans le cas d'une admission en SPDT selon l'article L3212-1, au vu d'une demande d'un tiers et d'un seul certificat médical, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, dans le cas d'une admission en SPDTu selon l'article L3212-3. (67)

La demande de tiers doit être rédigée de façon manuscrite, datée et signée. Elle doit comporter le nom et le prénom, la date de naissance et le domicile de la personne qui demande les soins et de celle pour laquelle ils sont demandés. Le degré de parenté ou la nature des relations doivent également être précisés.

2. Réalités en pratique : données de la littérature

Dans une étude de 2011 réalisée dans le cadre d'une thèse d'exercice, P.Coffin retrouvait que dans deux tiers des cas, les patients étaient adressés aux urgences avec un premier certificat médical mais sans demande de tiers manuscrite. Les patients concernés étaient en grande majorité adressés par leur médecin généraliste.

59% des demandes d'admission en soins psychiatriques faites par le généraliste étaient entérinées par le psychiatre des urgences.

La demande de tiers était, le plus souvent, remplie dans le service des urgences, par l'un des membres de la famille proche du patient. (70)

On retrouve également cette notion dans la thèse d'exercice de S.Boyer. Il concluait que dans 83% des cas, le tiers était un membre de la famille proche : 34% de parents (père ou mère), 21% de conjoints, 18% de frères ou sœurs et 10% de fils ou filles. (71)

3. Ressenti des familles

a) Vécu de culpabilité et de responsabilité

La plupart des familles tentent d'abord de trouver des solutions sans éloigner leur proche malade. L'hospitalisation peut alors être vécue comme un échec dans leurs tentatives de solutions. Ceci pouvant s'accompagner de sentiments d'incompétence, de culpabilité, de colère et de dépression.

De plus, les familles ne sont pas préparées à affronter la restriction de liberté qui découle d'une hospitalisation sans consentement. Elles peuvent avoir l'impression d'avoir puni leur proche malade, d'avoir été malfaisante.

L'information et l'explication de la procédure sont absolument indispensables et peuvent rendre la mesure de contrainte moins violente pour ces familles.

Même si la famille n'est pas toujours réceptive à l'information du fait de la situation émotionnelle intense et que le temps manque parfois aux urgences, il est fondamental de se donner les moyens d'informer l'entourage.

Une étude, citée dans une revue de la littérature sur les urgences psychiatriques réalisée par Munizza, a souligné le caractère globalement traumatisant du contexte de l'urgence du point de vue des familles. Elles exprimaient notamment la sensation que l'équipe soignante ne comprenait pas l'épreuve que représentait l'hospitalisation d'un proche contre son gré. (72)

Dans une étude marseillaise de 2014, les auteurs se sont intéressés au vécu de la famille dans le cadre de l'admission d'un proche en soins psychiatriques à la demande d'un tiers.

- 44,4% des proches étaient très satisfaits de l'information reçue
- 22,2% estimaient cette information insuffisante
- 66,7% estimaient que la responsabilité de l'HSC leur revient
- 77,8% des membres de la famille ayant rédigé la demande de tiers ont ressenti de la culpabilité.

Les raisons évoquées par les familles pour expliquer leur vécu de culpabilité étaient les suivantes :

- enfermement de leur proche : 66,6%
- vision « ancestrale » et « asilaire » de l'hôpital psychiatrique : 44,4%
- reproches de leur proche : 33,3%
- conflits : 22,2%
- privation de liberté : 11,1%

88,8% des familles pensaient avoir agi de manière bienveillante pour leur proche malade.

Tous étaient d'accord pour dire qu'une information claire rassure. Selon eux, des données inconnues sont « jetées sur la table » dans un moment émotionnellement intense qui ne permet pas d'intégrer toutes les notions médico-judiciaires données par les soignants.

Un des participants a imaginé la procédure comme « *un sauvetage sans bouée avec le risque d'être englouti aussi* »

La rédaction de la demande met souvent à jour le sentiment de responsabilité morale du signataire à l'égard de son proche malade et qui, parfois, s'exprime par un refus de signer ou vers un renvoi d'un membre à l'autre de la famille : « *ce n'est pas à moi de prendre cette décision, c'est à sa femme qui le connaît mieux* » « *je ne veux pas décider pour son père* » en fonction de la hiérarchie préétablie au sein de la famille.

b) Soulagement

Au delà du vécu de culpabilité que peut véhiculer la signature d'une demande de tiers, l'hospitalisation est aussi un moyen de soulager un peu les familles.

L'admission en soins psychiatriques de leur proche malade procure souvent aux familles un répit dont elles ont parfois terriblement besoin.

La souffrance et l'épuisement de l'entourage peut parfois justifier une modification de prise en charge voire une hospitalisation. L'HAS préconise d'ailleurs une évaluation de l'entourage et pas seulement du patient :

« Avant de prendre une décision d'hospitalisation sans consentement, il est recommandé d'évaluer la qualité et les capacités de compréhension et de soutien de l'entourage familial et social, en tenant compte de son possible épuisement physique et psychique. Même si une telle démarche peut prendre du temps, la dynamique collaborative mise en place avec l'entourage peut faciliter l'hospitalisation sans consentement. » (69)

Aux urgences, il est important d'entendre l'épuisement familial, de le prendre en compte dans notre décision d'orientation du patient. Un entourage à bout de force n'est vraisemblablement pas en pleine capacité d'accompagner un proche en souffrance psychique. L'hospitalisation semble alors être une meilleure alternative pour prendre en charge le patient.

Au delà de la notion d'épuisement, l'HAS aborde la question des *capacités de compréhension et de soutien* de l'entourage.

En effet, lorsque, au cours de l'entretien avec les proches, nous percevons un manque de clairvoyance face à la situation du malade, parfois en lien avec un déni de la gravité de la situation, cela peut également modifier notre décision. Nous nous questionnons alors sur la capacité de cette famille à pouvoir gérer son proche malade au domicile et sa capacité à alerter en cas de comportements inquiétants. Afin de protéger au mieux le patient, nous préconisons, dans ces situations, une hospitalisation.

De la même façon, un entourage peu disponible géographiquement ou psychiquement pour le patient ne pourra lui délivrer le soutien nécessaire. Une famille qui ne peut pas garantir un accompagnement intensif, au plus près du patient, ni se mobiliser pour accompagner le patient aux urgences si besoin, n'est pas suffisamment contenante pour ce dernier. Ces situations favorisent également une décision d'hospitalisation.

c) Du côté des patients

Une étude française qui évaluait l'impact de l'hospitalisation sans consentement retrouvait, parmi ses résultats, que 64% des patients interrogés considéraient que le tiers s'inquiétait pour eux quand il a demandé l'hospitalisation. 77% d'entre eux ne gardaient pas de ressentiment à l'égard du tiers demandeur de l'hospitalisation à l'issue de celle-ci. (73)

4. Notre expérience : l'Admission en Soins Psychiatriques à la demande d'un tiers aux UMP du CHU de Nantes

a) Points importants

Le consentement prime, nous essayons toujours, lorsque cela est possible, de l'obtenir, afin de favoriser les admissions en soins libres.

Nous détaillons ici la procédure qui suit notre décision de soins psychiatriques sans consentement.

Le plus souvent, lorsque le patient est adressé avec un premier certificat, celui-ci a été rédigé par le généraliste ou par SOS médecins, mais rarement avec une demande de tiers conforme.

On revoit toujours la personne en entretien afin de confirmer ou non la nécessité des soins sous contrainte. Parfois on obtient finalement le consentement aux soins.

La recherche d'un tiers potentiel se fait donc aux urgences, et peut demander un certain temps : trouver les coordonnées, joindre le proche par téléphone, attendre sa venue et enfin le rencontrer. Lorsque l'entourage ne s'est pas manifesté et que le patient ne peut ou refuse de donner les coordonnées afin qu'un contact soit pris, la recherche d'un lien avec la famille prend le chemin suivant : recherche informatique dans le dossier médical du patient, appel, si possible au médecin généraliste et au psychiatre référent s'il existe.

Nous recevons toujours ce tiers potentiel en entretien afin de lui délivrer les informations nécessaires sur la procédure de SDT. Cet entretien fait généralement suite à un échange téléphonique préalable au cours duquel nous avons commencé à l'informer quant à la nécessité des soins et leurs modalités.

Dans le but d'amoinrir le vécu de culpabilité et de responsabilité de l'entourage, nous tenons à expliquer que la décision d'hospitalisation est une décision médicale, *« ce n'est pas vous qui décidez d'hospitaliser le patient mais moi, le médecin, votre signature est par contre nécessaire pour la procédure légale »*. Nous précisons que cette mesure ne peut se faire sans un certificat médical, rédigé par nos soins, justifiant de la nécessité des soins.

Nous insistons sur le fait que c'est une mesure indispensable de protection et de soins pour le patient.

Le tiers reçoit également quelques données explicatives concernant la procédure précisant notamment que le maintien de la mesure est soumis à une surveillance médicale régulière et à plusieurs certificats attestant ou non de sa nécessité.

La demande de tiers est remplie le plus souvent en présence d'un membre de l'équipe infirmière, dans un bureau au calme, à l'aide d'un document pré-rempli.

Nous avons accompagné certains tiers lors du moment de rédaction de la demande et avons alors pu constater l'ampleur du vécu émotionnel véhiculé par la procédure. Le temps de la rédaction est surtout celui de la réalisation d'une décision déjà bien discutée mais il reste difficile pour la majorité des proches. Certains profitent de ce moment pour poser des questions et notamment sur la durée de l'hospitalisation, d'autres pour partager leur vécu d'impuissance « *je ne savais plus quoi faire de toute façon* », de culpabilité « *il va m'en vouloir de l'enfermer* », d'autres encore recherchent notre soutien « *vous êtes sûre que ça va l'aider ? vous êtes sûre que c'est la bonne décision ?* ».

Ce moment nécessite un accompagnement individuel afin qu'il soit vécu le mieux possible, surtout lorsqu'il s'agit d'une première fois pour la famille, qui est alors confrontée à l'inconnu.

En effet, nous avons pu identifier deux situations bien différentes. La première concerne celle du patient chronique, qui a déjà été hospitalisé sans son consentement. Dans ce cas, la famille est déjà au fait de la procédure et a bien identifié les symptômes évoquant une décompensation. Le plus souvent, ces familles entendent facilement la décision d'hospitalisation et signe avec une moindre réticence la demande de tiers.

La procédure va être vécue différemment pour les proches d'un patient sans antécédent et pour lesquels la rencontre aux urgences sera le premier contact avec la psychiatrie. Ces familles ont tendance à être plus tolérantes vis à vis des troubles présentés par leur proche et à les rationaliser. Il va être d'autant plus difficile pour elles d'entendre la nécessité d'hospitalisation.

Nous nous devons alors de prendre le temps de les informer clairement et de manière adaptée afin qu'ils vivent au mieux cette situation jusque-là totalement inconnue. Nous les informons notamment des risques d'un retour à domicile pour le patient et parfois pour eux.

Nous pensons notamment aux patients présentant un épisode psychotique aigu, sans aucun antécédent.

Nous nous situons, ici, dans un cadre tout autre que celui décrit tout au long de la partie 1.

Nous avons toujours besoin de la famille pour orienter le patient, mais les modalités et la finalité de la rencontre sont différentes.

En effet, il est fréquent que dans les cas nécessitant une admission en SPDT, la famille soit reçue séparément du patient. Le patient, souvent sthénique, et/ou avec un vécu de persécution, peut s'agiter.

Le moment de la signature de la demande de tiers ne se fait jamais en présence du patient.

b) Limites rencontrées

- **Primauté du consentement**

Un patient adressé aux urgences avec un premier certificat médical de SDT ne sera pas toujours hospitalisé par la suite. En effet, nous n'entérinons pas systématiquement la mesure : les soins libres sont toujours privilégiés (rappelons ici que la loi du 5 juillet 2011 réaffirme qu'ils sont la règle, et que les soins sans consentement sont l'exception)

En prenant le temps de s'entretenir avec le patient, de faire venir sa famille et de la rencontrer, il n'est pas rare que nous obtenions le consentement pour les soins. (Nous excluons ici les cas où la capacité de discernement est abolie).

Nous avons d'ailleurs noté que rencontrer la famille du patient et qu'elle puisse alors exprimer ses inquiétudes le concernant en sa présence, permettait parfois d'obtenir son consentement pour les soins.

- **Pression de l'entourage**

Lorsque c'est la famille qui demande les soins pour le patient, alors que celui-là même les refuse, nous nous devons d'être vigilants.

La société actuelle tend de plus en plus à fonctionner sur le registre de l'immédiateté et de l'obligation de résultats, pression supplémentaire pour les soignants.

Dans une interview pour l'Information Psychiatrique, J.Védrinne, ancien président de l'AFERUP, faisait le constat suivant : « *Dans le domaine de la santé, la nécessité d'une satisfaction à travers une consommation médicale croissante exige en même temps une réponse en temps réel* ». (74)

De son côté, E.Baldo, psychiatre des urgences depuis vingt ans, constate « *la demande est de plus en plus pressante, qu'elle soit issue du patient ou de l'entourage, toujours plus tôt, toujours plus vite* » et conseille « *la nécessité impérieuse d'en référer à la clinique, tout en analysant le cadre où se joue l'action* ». (75)

En effet, la famille peut se montrer très insistante vis à vis du psychiatre des urgences, voire même exiger l'hospitalisation de leur proche alors que nous ne la jugeons pas nécessaire. Dans ces situations, nous allons devoir entamer un travail de « négociation », parfois long et fastidieux.

La famille, dont on refuse la requête, peut alors se montrer virulente envers le psychiatre qui « *refuse de soigner* » leur proche et le menacer de procès : « *s'il arrive quelque chose, ce sera de votre faute, on n'en restera pas là* ».

La parole du médecin n'est malheureusement pas toujours entendue ni entendable par la famille. Dans ces situations, nous nous référons à la loi et pouvons dire à la famille « *je ne peux pas, légalement, faire un certificat, je n'ai pas les éléments cliniques nécessaires* ».

Nous prendrons en exemple les patients souffrant d'une problématique addictive et notamment d'alcoolodépendance. Ces patients sont régulièrement reçus aux urgences dans le cadre d'alcoolisation aiguë avec ou sans crise suicidaire, de symptomatologie dépressive ou de troubles du comportement divers. Lorsqu'ils n'ont aucune demande de soins et qu'il n'y a pas de critère d'hospitalisation sans consentement, ces patients rentrent à domicile. Cette décision est souvent difficilement reçue par la famille.

L'entourage du patient alcoolique, témoin des frasques de ce dernier, ne peut comprendre comment, nous les médecins, pouvons « *laisser se détruire* » cet individu « *sans rien faire* ». Nous tentons alors d'expliquer que sans l'adhésion à la démarche de soins de la personne concernée, celle-ci est en général vouée à l'échec. On ne peut contraindre quelqu'un à arrêter de consommer s'il n'a pas lui-même décidé de le faire.

Ces familles, authentiquement inquiètes pour leur proche, peuvent alors projeter toute leur angoisse et leur colère contre les médecins. Il faut tenir notre position tout en écoutant et tenter de rassurer cet entourage en difficulté.

Toutefois, on peut être amené à mettre en œuvre une hospitalisation sans consentement, une fois, pour certains patients éthyliques chroniques, justement pour soulager et entendre la souffrance de la famille quand celle-ci est épuisée. Nous leur rappelons les limites d'un tel acte. Par la suite, et en cas de retour du patient et de sa famille aux urgences, nous pourrions ainsi leur rappeler que nous avons bien essayé de l'hospitaliser contre son gré mais que cela n'a, de toute évidence, pas fonctionné.

5. Extensions : quelle implication de la famille une fois le patient hospitalisé ?

Nous nous sommes également questionnées sur le devenir de la prise en charge de ces familles une fois le patient hospitalisé au sein d'un service de psychiatrie. Nous avons posé nos questions à quelques praticiens hospitaliers exerçant en service fermé dans le département.

QUESTIONNAIRE destinés aux praticiens hospitaliers

- 1. Dans quel délai la famille est rencontrée suite à l'admission du patient dans l'unité ?*
- 2. Dans quelles conditions le patient est informé de l'identité du tiers ?*
- 3. Est-elle reçue systématiquement même si elle ne le demande pas ?*
- 4. La procédure de SDT est-elle rediscutée avec la famille ?*
- 5. Y a t'il des retours de la famille sur leur vécu au moment de la signature aux UMP ?*
- 6. La famille est elle systématiquement prévenue de la levée de la mesure ? Est-ce anticipé ?*
- 7. Si le tiers décide de faire sortir son proche, y a t'il déjà eu recours à une mesure de SPPI pour maintenir l'hospitalisation ?*

Nous avons choisi de présenter une synthèse des réponses obtenues.

1. Globalement, la famille est rencontrée dès sa première visite soit généralement dans la semaine qui suit l'admission du patient. C'est l'équipe infirmière qui l'interpelle si elle ne se manifeste pas.

2. Le patient est, dans tous les cas, informé de l'identité du tiers. Lorsqu'il présente un vécu de persécution important, les équipes attendent que la symptomatologie s'apaise pour l'en informer.

3. La famille est systématiquement reçue, au moins une fois, même si elle n'en n'a pas fait la demande.

4. Les détails de la procédure ne sont pas toujours rediscutés. Néanmoins, les équipes qui ont été amenées à mettre en place une mesure de SDT chez un patient déjà hospitalisé ont constaté que lorsqu'il n'y avait pas assez d'explications à la famille, cela se passait plus difficilement. Il faut notamment bien les informer de la convocation au JLD, « *certaines proches ont paniqué au moment de recevoir la convocation, ils pensaient avoir fait quelque chose de mal* ».

5. Il semble n'y avoir de retour sur la signature que très rarement, une à deux fois par an. Il s'agit le plus souvent de patients reçus la nuit et de famille qui disaient ne pas avoir vu de médecin.

6. Oui, le tiers est informé, par un courrier du tribunal, de la levée de la mesure. Les services hospitaliers tentent de l'anticiper le mieux possible, en envoyant un premier courrier quand la levée de la mesure est évoquée. Si la sortie définitive du patient a lieu dans la foulée, cela est parfois mal vécu par les familles.

7. Lorsque le tiers change d'avis et décide de faire sortir son proche mais que le psychiatre n'est pas favorable à une levée de la mesure, ce dernier tente de convaincre le tiers de la nécessité des soins. Dans les cas où le tiers maintient son choix, le patient, le plus souvent, sort avec sa famille. La mesure de SPPI semble être exceptionnelle.

D. Cas cliniques

Nous terminons et illustrons cette seconde partie sur l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers par deux cas cliniques, celui de Mme P. et celui de Mlle L.

1. Cas de Mme P.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, amenée aux urgences par ses parents dans le cadre d'une décompensation psychotique.

Dans ses antécédents, on note un premier passage aux urgences médico-psychologiques, en 2009, pour une symptomatologie délirante et dissociative. Une hospitalisation avait alors été préconisée par le psychiatre mais les parents avaient refusé de signer la demande de tiers.

Trois mois plus tard, la patiente était revenue aux urgences avec la même présentation clinique mais, cette fois, les parents avaient accepté de signer la demande de tiers permettant l'hospitalisation de leur fille. Finalement, ils avaient fait lever la mesure trois jours après, « *n'entendant pas l'ambivalence de leur fille. Celle-ci d'ailleurs ne s'opposait pas particulièrement à l'hospitalisation* » comme on peut le lire dans le compte-rendu médical.

En janvier 2013, elle s'est, une nouvelle fois, présentée aux urgences médico-psychologiques, adressée par son généraliste. Elle était dissociée et interprétative. Une hospitalisation fut, cette fois encore, préconisée par le psychiatre, mais refusée par la patiente. Lors de l'entretien réalisé avec ses parents, ces derniers expliquaient rester très marqués par l'hospitalisation de 2010, et refusaient également les soins proposés.

A ce jour, elle dit être suivie par un psychiatre en libéral, qu'elle aurait vu trois semaines auparavant, mais dit avoir arrêté son traitement par Aripiprazole (posologie non connue) depuis plusieurs mois.

Mme P. vit chez ses parents, elle n'a pas d'emploi.

Son parcours scolaire semble avoir été chaotique, après le baccalauréat elle a tenté de faire deux masters mais n'est jamais allée jusqu'au bout.

Elle a travaillé quelques mois comme médiatrice culturelle.

Elle a un compagnon depuis peu.

A l'entretien, Mme P est très méfiante et dans l'opposition. Sa présentation est par contre soignée, c'est une belle jeune femme aux cheveux longs, classiquement vêtue.

La désorganisation est au premier plan, le cours de sa pensée est altéré, son discours est plutôt hermétique. Elle présente également des sourires inadaptés.

On sent une forte tension psychique sous jacente.

Nous n'obtiendrons que peu d'éléments tant la patiente est réticente à se livrer et, rapidement, Mme P. s'agite et court à travers le service pour tenter d'en sortir.

Elle est dans le déni de ses troubles et refuse l'hospitalisation qui lui ait une nouvelle fois proposée. Elle accepte par contre de prendre un traitement pour l'apaiser, nous prescrivons 80 gouttes de Cyamémazine et 20 gouttes de Diazépam qu'elle va prendre per os.

Nous rencontrons ensuite ses parents qui avaient été isolés, dans une pièce à part, par l'un des infirmiers au moment où leur fille s'agitait.

Ils nous expliquent qu'ils s'inquiètent depuis plusieurs mois du comportement de leur fille, qu'ils ont essayé de s'adresser au CMP de leur secteur et au CAPSI (Centre d'Accueil Psychologique Intersectoriel adultes) mais qu'ils ont été réorientés sur les urgences.

Ils ont également fait, via le médecin généraliste, une demande d'admission en clinique (à la clinique du Parc, à Nantes) pour leur fille.

Ils rapportent qu'elle ne sort quasiment plus de la maison, qu'elle s'enferme dans sa chambre et qu'ils l'entendent soliloquer. Ils craignent qu'elle se fasse du mal.

Néanmoins, ils restent tous deux assez ambivalents par rapport à une hospitalisation, expliquant, comme en 2013, avoir gardé un mauvais souvenir du séjour en psychiatrie de leur fille.

Nous les informons de la nécessité et des objectifs de cette admission en soins psychiatriques, et insistons sur le fait que leur fille doit être protégée.

Nous utilisons également le fait que l'hôpital dans lequel avait été admise Mme P. en 2010 a changé, n'est plus au même endroit et s'est modernisé.

Nous leur laissons le temps de réfléchir ensemble.

Ils finissent par accepter de signer la demande de tiers, disant « *on sait bien que notre fille ne peut pas rentrer à la maison dans cet état* », mais insistant bien sur le fait qu'ils sont surtout en attente d'une place à la clinique. En 2010, le père avait été le tiers signataire de la demande d'hospitalisation, cette fois, ce sera la mère qui signera « *Egalité* » nous diront-ils.

Nous réalisons l'admission de Mme P. en « soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence » (Art. L.3212.3).

Commentaires :

Ce cas illustre bien toute l'ambivalence des proches du patient. Ces parents, constatant pourtant que leur fille n'est pas « en état » de rentrer à la maison, se questionnent tout de même sur l'indication d'une hospitalisation.

Nous les sentons tout de même bien engagés dans les soins de leur fille et conscients de leur nécessité, ils ont d'ailleurs eux-mêmes demandé une place en clinique.

Ils nous ont expliqué en quoi l'hospitalisation de 2010 avait été traumatisante pour eux, disant avoir été marqués par les locaux, jugés « *sordides* », et le « *mélange des pathologies* ». Une prise en charge en clinique leur semble plus acceptable, ils imaginent que les pathologies y sont « *moins lourdes* ».

Le moment de la signature de la demande a été difficile, nous avons pris soin d'accompagner ces parents dans cet instant chargé d'émotion. Alors qu'ils remplissaient le formulaire de demande de tiers, nous avons pu travailler sur leur fort sentiment de culpabilité « *d'enfermer* » leur fille.

Cette volonté d'avoir rédigé chacun à leur tour une demande de tiers pour leur fille (le père la première fois, la mère ce jour), leur permet de porter ensemble la responsabilité morale engagée, ainsi que le partage de ce vécu.

Nous leur avons rappelé le cadre légal de cette procédure et aussi que l'état psychique de leur fille et sa capacité à consentir seront réévalués dès les premières 24 heures.

Nous avons également insisté sur le fait que cette décision d'hospitalisation était celle des médecins et non la leur.

Nous essayons toujours de prendre soin d'isoler les familles quand on pressent que le patient va s'agiter, parfois hurler au moment de l'annonce de la décision d'hospitalisation. Une fois le patient contenu, nous allons nous entretenir de nouveau avec la famille pour les rassurer.

2. Cas de Mlle L.

Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans, accompagnée aux urgences par son père pour des troubles du comportement. Elle est admise en début d'après-midi, la veille de Noël.

L'hôtesse d'accueil des urgences, qui nous informe par téléphone de l'arrivée de cette patiente, nous demande d'intervenir rapidement car Mlle L. « *a l'air vraiment très mal* ».

L'une des infirmières de l'unité va immédiatement à sa rencontre et lorsqu'elle arrive dans le sas d'accueil, Mlle L. est très agitée, crie, vocifère puis tente de s'enfuir. Les soignants présents se voient dans l'obligation d'installer la patiente sur un brancard et de mettre en place une contention physique et chimique par 50 mg de Cyamémazine et 10mg de Diazépam en intramusculaire.

Mlle L. est ensuite transférée aux urgences médico-psychologiques.

Le contact est d'emblée marqué par une grande hostilité et une opposition active malgré les contentions et la sédation chimique.

Sa présentation physique est plutôt bonne, sans particularité notable.

A l'entretien, le délire de persécution est au premier plan, de mécanisme interprétatif principalement, l'adhésion est totale et il y a une forte participation affective : elle pleure et semble terrifiée.

Mlle L. a la conviction délirante que son arrivée aux urgences est l'œuvre d'un complot.

« Ce ne sont pas les vraies urgences, vous n'êtes pas des vrais médecins, vous allez me tuer c'est ça ? Je le sais que c'est pour me tuer »

« Et la télé qui parle de moi ! C'est normal ça peut être ? »

Elle nous explique succinctement que la télévision lui parle et que la radio lui passe des messages.

Elle reste très réticente à nous donner des informations personnelles, nous n'obtiendrons d'elle aucun renseignement concernant son mode de vie ou ses antécédents.

L'examen physique réalisé est sans particularité, de même que l'examen biologique standard et le dosage urinaire de toxiques.

Nous rencontrons dans un second temps son père, jusque-là isolé dans une salle d'attente.

Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années qui semble dépassé par la situation.

Il nous explique que sa fille vit seule à Angers, qu'elle est célibataire sans enfant et qu'elle n'a pas d'emploi.

Lui-même est divorcé depuis 10 ans et vit à Nantes dans un camping-car, son ex-femme vit à Paris et est en conflit avec sa fille. Mlle L. est l'aînée d'une fratrie de trois filles composée d'Axelle, 20 ans, qui vit à Paris et d'Adélaïde, 18 ans, en famille d'accueil à Châteaubriant.

D'après lui, sa fille n'a aucun antécédent psychiatrique, ni personnel ni familial.

Les contacts entre le père et la fille sont presque uniquement téléphoniques mais réguliers.

Sa fille l'a appelé la veille au soir pour lui demander de venir la chercher car elle ne sentait pas bien, elle avait l'air paniquée, et disait que quelqu'un avait dû s'introduire chez elle car tous ses meubles avaient été déplacés ou modifiés. Il s'est donc rendu à son domicile et a retrouvé sa fille dans un état d'agitation majeur.

Il a respecté la demande de sa fille et l'a donc ramenée chez lui à Nantes. Après une nuit passée à tenter de l'apaiser seul, il a réussi tant bien que mal à l'amener aux urgences.

Nous informons ce père de la nécessité d'hospitalisation pour sa fille, afin de la protéger, d'introduire un traitement symptomatique adapté et de permettre une observation approfondie de son état clinique et un éclairage diagnostique. Son état clinique actuel rendant impossible son consentement à l'hospitalisation, nous lui expliquons la procédure « d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence » (Art. L.3212.3) et lui proposons de signer la demande. Il s'attendait à cette décision, et était même en demande de protection pour sa fille. Il accepte d'emblée de signer la demande de tiers, remplit facilement le formulaire sans poser de questions.

Elle restera hospitalisée une semaine à Angers, sortira sous traitement antipsychotique (10mg d'Olanzapine) avec un diagnostic de « bouffée délirante aigue ». Un suivi sur le CMP de son secteur sera également mis en place, suivi dans lequel elle pourra se projeter.

Commentaires :

La rencontre avec le père de cette patiente nous a donc été indispensable pour obtenir des informations sur elle, son contexte, ses antécédents médicaux, ainsi que sur la nature des relations qu'elle entretient avec son entourage.

Au-delà de son rôle informatif, ce père nous a également permis d'hospitaliser cette patiente qui présentait vraisemblablement un premier épisode psychotique aigu.

Il a réussi, en étant suffisamment contenant, à accompagner sa fille aux urgences afin que nous puissions, à notre tour, mettre en place les soins adaptés et indispensables.

L'alliance avec ce tiers a d'emblée été plutôt bonne et il a facilement accepté la décision de SDT.

III. PARTIE 3 : DECISION D'HOSPITALISATION SANS TIERS : LES SOINS PSYCHIATRIQUES EN CAS DE PERIL IMMINENT

A. Généralités sur la mesure de SPPI

1. Cadre légal

La loi du 5 juillet 2011 introduit de nouvelles pratiques dans la possibilité d'hospitaliser sans consentement, sans demande de tiers et avec un seul certificat médical : les Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent (SPPI).

Cette loi a répondu à plusieurs attentes : d'une part celle du Conseil Constitutionnel imposant l'harmonisation des pratiques européennes en matière d'hospitalisation psychiatrique, et d'autre part celles de familles et de psychiatres qui se plaignaient qu'un certain nombre de patients ne pouvaient faire l'objet de soins du fait de l'absence de tiers mobilisable. Parmi ces patients, nous pouvons citer les patients isolés ou désocialisés, sans domicile fixe, en voyage pathologique, ceux dont l'identité reste inconnue ou encore ceux pour lesquels aucun proche ne peut être contacté ou identifié. (76) (77)

La procédure légale d'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent partage avec les mesures de SPDT et SPDTu les deux conditions suivantes :

- Le patient doit présenter des troubles mentaux rendant impossible son consentement
- Son état mental doit imposer des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une autre forme que l'hospitalisation complète. (article L3212-1) (67)

A ces conditions communes, s'ajoutent deux conditions supplémentaires selon l'article L3212-1-II-2 (67) :

- L'impossibilité d'obtenir une demande de tiers
- L'existence d'un péril imminent pour la santé de la personne.

Ce péril imminent n'est pas défini par la loi. La Haute Autorité de Santé, dans une conférence de consensus en 2005, l'a défini comme étant « *le risque de dégradation grave de l'état de la personne en l'absence d'hospitalisation* » ou encore comme « *l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient* ». (69)

Les conditions supplémentaires ainsi que les conditions communes doivent être constatées par un certificat médical circonstancié d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil et qui n'est ni parent, ni allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de l'établissement, ni avec le patient.

En cas d'impossibilité d'obtenir une demande de soins formulée par un tiers et en cas de péril imminent pour la personne, constaté par un certificat médical, les soins sans consentement pourront être réalisés et la décision d'admission sera prononcée par le directeur de l'établissement d'accueil. Celui-ci devra alors, dans un délai de 24h, informer la famille du patient, la personne chargée de sa protection juridique si elle existe ou toute personne connaissant le patient avant son admission et ayant qualité pour agir dans l'intérêt du malade. Les démarches réalisées afin de contacter un tiers doivent être tracées dans le dossier du patient.

L'information du membre de la famille (ou de plusieurs d'entre eux) doit être pertinente car c'est cette personne qui sera susceptible de saisir le directeur de l'établissement de santé afin de demander la levée de la mesure. En pratique, le directeur de l'établissement doit se renseigner sur la qualité de la relation qui lie le patient et son parent, et s'assurer de l'absence de conflit.(78) Il est à noter que cette obligation d'information n'apporte aucune modification de la mesure. La personne informée, une fois contactée, n'a pas à signer de demande. (79)

Ainsi, la loi ne demande pas à ce que l'on transforme la mesure de péril imminent en SPDT, une fois un tiers potentiel identifié et contacté.

La mesure peut être levée par la justice si le dossier médical ne contient pas la preuve que la recherche d'un tiers a bien été effectuée.

Exemple de la mainlevée d'une mesure de soins péril imminent prononcée par le premier Président de la Cour d'Appel de Douai et confirmée par la Cour de Cassation en 2014 :

« Mais attendu qu'après avoir relevé qu'aucun élément du dossier de la patiente ne permettait de retenir que son mari avait été avisé de son hospitalisation en soins psychiatriques pour péril imminent, qu'en l'état du conflit ancien et profond existant entre les deux époux, un tel avis n'aurait pu satisfaire aux exigences de l'article L.3212-1, II, alinéa 2 du CSP et que, dans ces circonstances, le directeur de l'établissement hospitalier aurait dû informer les parents de Mme X, aptes à agir dans l'intérêt de celle-ci ; c'est à bon droit qu'en l'absence de toute information de la famille de l'intéressée, le premier président a ordonné la mainlevée de la mesure... »

2. Revue de la littérature relative aux données statistiques

Un rapport préalable à la loi de septembre 2013, dit « rapport Robiliard » donne les premières estimations quantitatives concernant la modalité de SPPI : les admissions en cas de péril imminent représenteraient 20% des admissions en soins sans consentement.(80)

Dans l'étude de Mondoloni et al, réalisée à l'hôpital Saint-Anne à Paris entre 2010 et 2012, les auteurs retrouvaient une augmentation globale du nombre de soins sans consentement.

Ils rapportaient l'apparition de 16,7% de SPPI associée à une baisse concomitante de 2,3% des SDRE et de 14,4% des SDT. Enfin, ils notaient une inversion des mesures de SDT simple et SDTu au profit des SDT d'urgence qui passaient de 38% à 51%. (76)

Une étude de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) réalisée elle aussi entre 2010 et 2012 a rapporté des résultats similaires, soit une augmentation globale de soins sans consentement, estimée à 4,5% ainsi qu'une baisse du nombre de SDT d'environ 12%, et de SDRE d'environ 0,6% associée à l'apparition de 11% de SPI. (81)

Le site internet de l'ATIH rend compte des statistiques détaillées d'une enquête réalisée entre août 2011 et juillet 2012 sur 98 établissements et qui faisait état de 18,5% de mesures de SPI.

C.Gobillot-Porte, dans sa thèse d'exercice, obtenait des résultats du même ordre et concluait aussi à une diminution des taux de SDRE et SDT entre 2011 et 2013, concomitante à une apparition de 21% de SPI. Son étude avait lieu au sein du Centre Hospitalier le Vinatier, à Lyon. (82)

M.Klifa, obtenait des résultats concordants dans son étude réalisée entre 2009 et 2012 dans le Rhône, avec une apparition de 19,9% de SPI, une diminution des taux de SDT et de SDRE. Elle rapportait enfin une augmentation de 18,7% du taux global de soins sans consentement. Elle précise ces données en évaluant à 56,3% le nombre de patients admis en SPPI considérés comme « isolés ». (42)

Une étude épidémiologique angevine de 2012 a comparé la durée moyenne de soins pour les patients admis en SPPI et pour ceux admis en SPDT.

Les durées moyennes de mesure et de séjour (DMM et DMS) n'étaient pas significativement différentes. Néanmoins, pour les patients dont la mesure était levée dans les soixante jours, les DMM et DMS étaient significativement plus faibles dans le groupe de SPPI versus SPDT. (83)

L'ensemble de ces résultats démontre que la mesure d'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent se situe clairement au delà du cadre exceptionnel prévu initialement par la loi.

3. Une mesure qui répond à une demande des familles

En effet, comme évoqué en deuxième partie de notre travail, la loi de 2011 est née de diverses influences dont celle des mouvements associatifs.

P.Chaltiel, psychiatre, exprimait dans la revue de l'UNAFAM, « *faire rentrer son proche malade dans les soins peut parfois prendre l'allure d'un véritable parcours du combattant pour les familles* ». (84)

Dans un communiqué de 2008, l'UNAFAM jugeait que « *l'intervention d'urgence psychiatrique est une démarche médicale (...) la décision d'apporter des soins, éventuellement sans consentement, ne doit donc appartenir qu'au soignant, seul compétent pour en définir l'opportunité et les modalités, et à lui seul* »

L'UNAFAM proposait alors de remplacer le concept *d'hospitalisation à la demande d'un tiers* par celui de *demande d'intervention médicale*. C'est à dire que l'entourage amène son proche et sollicite pour lui des soins mais laisse le soignant décisionnaire et responsable des modalités de ces soins. « *La démarche est moins culpabilisante pour le tiers puisqu'elle ne s'assimile pas à une demande de privation de liberté* ».

Ces familles demandaient à être entendues et considérées à deux titres : *victimes* et *ressources*. *Victimes* car souvent « *choquées et parfois ignorantes de la pathologie de leur proche, des modalités de prise en charge* ». *Ressources* car expertes quant au comportement de leur proche, son histoire, son contexte...et également *ressources* dans l'accompagnement du malade pendant et après les soins. (85)

Dans un autre communiqué de l'UNAFAM sur la révision de la loi de 1990, on peut lire : « *En psychiatrie, la situation des proches du malade présente des particularités au regard des autres domaines de la médecine. En effet, au-delà de leur rôle de soutien et d'accompagnement, ils peuvent être confrontés au refus du patient de reconnaître sa pathologie, de se soigner, à sa violence, à des modalités de soins sans consentement les impliquant dans des décisions légales complexes* » (86)

Au moment du projet de loi, un communiqué de l'UNAFAM et de ses partenaires (dont la FNAPSY) a fait état de leurs satisfactions vis à vis des différentes propositions et notamment de la possibilité dérogatoire d'admission sans tiers en cas de péril imminent.

Globalement, ces familles demandaient une facilitation du processus d'entrée dans les soins pour leur proche malade.

La requête peut sembler paradoxale, en effet, ces familles de patients, en attente de toujours plus de reconnaissance et d'être plus impliquées dans les soins, demandent en parallèle une sorte de désengagement. Elles ne s'opposent pas à ce que le médecin puisse décider sans elles, voire même contre elles.

B. Les SPPI, quelles implications sur les soins ?

La loi de 2011, avec la création de la mesure de SPPI, apporte certains changements dans le rôle joué par les familles des patients dans les soins, mais aussi dans le rôle du médecin, lui permettant, dans certains cas, d'outrepasser le choix de l'entourage. (87)

Ces changements sont à double-tranchant, leurs répercussions ne sont pas toutes positives.

1. Points positifs

a) Rapidité d'intervention

L'hospitalisation en cas de péril imminent permet une rapidité d'intervention notamment dans les situations aiguës où l'on ne trouve pas de tiers.

Cette nouvelle mesure permet désormais d'éviter le recours à des tiers en situation professionnelle, encore appelés « faux-tiers » comme l'assistante sociale, procédure plusieurs fois critiquée sous la loi de 90.

Elle permet également d'éviter l'utilisation d'hospitalisation à la demande du préfet (HO/SDRE) non justifiée. Une étude à propos de la loi de 1838 rapportait que 83 % des patients en placement d'office (devenu HO dans la loi de 1990) l'étaient par absence ou éloignement de la famille. Ainsi, il est intéressant d'observer que l'hospitalisation en cas de péril imminent de la loi de 2011 vient répondre à cette ancienne problématique.

b) Patients isolés

Cette mesure permet d'offrir un meilleur accès aux soins pour des personnes isolées et désocialisées, sans domicile fixe, les personnes en voyage pathologique, ou des patient dont l'identité reste inconnue et enfin ceux pour lesquels on n'arrive pas à identifier un proche ou un membre de la famille ou à le contacter.

c) Aide aux familles et protection du tiers

Le péril imminent, en évitant le recours au tiers, peut être aidant dans les cas où la famille est directement désignée comme élément persécuteur et que le patient est en danger pour lui-même du fait de ses troubles mentaux.

Ces difficultés avaient déjà été évoquées en 2005 par l'HAS :

« La participation de l'environnement familial et social à la mise en œuvre d'une hospitalisation sans consentement et sa nécessaire implication dans les soins sont peu évoquées dans la littérature. En particulier, les difficultés pouvant résulter d'une demande d'hospitalisation sans consentement rédigée par un tiers directement impliqué dans la relation avec la personne du fait de certaines pathologies (paranoïa) ou situations (conflit conjugal ou familial) ne sont pas mentionnées. Ces difficultés semblent pourtant fréquentes ». (69)

Effectivement le choix de l'admission selon la modalité péril imminent s'effectue parfois en fonction de la clinique du patient. La demande de la famille peut être jugée contre indiquée par la symptomatologie du malade.

Nous pensons notamment aux situations dans lesquelles on constate des traits de perversité dans la relation du patient avec sa famille et donc un risque ultérieur d'utiliser la demande d'admission comme motif de représailles.

La mesure peut également être utilisée lorsque le patient présente des idées délirantes à thématique de persécution dans lesquelles il englobe son entourage. Le tiers est alors exclu afin d'éviter la majoration du vécu de persécution et un risque de réaction hétéro-agressive du patient à l'encontre de sa famille.

Enfin, nous pouvons citer les situations de conflits avec l'existence d'un enjeu judiciaire et pensons notamment aux couples en cours de procédure de divorce et de négociation de la garde des enfants. Demander à un ex-conjoint de signer une demande de tiers pour son ex-compagne dans une telle situation semble peu approprié. Ici, la mesure de péril imminent pourrait être décidée, non pas pour protéger le tiers mais bien le patient.

Cette mesure va aussi aider, et cela peut être à double tranchant, les familles ambivalentes voire hostiles aux soins et celles qui ne veulent pas s'engager. Désormais une famille peut exiger des soins hospitaliers pour son proche malade mais refuser de signer la demande de tiers. Nous développerons ce point un peu plus loin.

2. Points négatifs, ou à améliorer

D.Robiliard, dans son rapport n°1284, cité préalablement dans ce travail, fait un constat global des points délicats concernant la mesure de SPPI. Nous le citons ci-dessous puis détaillerons les difficultés pointées.

« Cette réforme, pensée pour garantir un réel accès aux soins, en particulier aux personnes les plus isolées ou en grande précarité, devait favoriser une meilleure prise en charge des patients en limitant la recherche vaine d'un tiers dans les situations rendant l'hospitalisation sans consentement indispensable et pressante.

Tout en respectant les formes prescrites par la loi, il n'est toutefois pas exclu qu'un certain nombre d'admissions en soins sans consentement, qui aurait pu faire intervenir un tiers dans le dispositif antérieur, soient désormais prises selon la procédure de péril imminent, afin de pallier la réticence des tiers potentiels ou de simplifier l'admission dans un contexte d'urgence. Les syndicats de psychiatres reçus par votre rapporteur estiment à cet égard que cette procédure a rapidement pris une place importante dans le dispositif d'admission, représentant désormais 20 % des entrées en soins.

S'il est logique qu'une partie des entrées en hospitalisation sur demande d'un tiers aient basculé vers cette procédure, une évaluation de sa mise en œuvre semble nécessaire, dans la mesure où, d'une part, cette procédure, dans l'esprit du législateur, devait rester une procédure dérogatoire et, d'autre part, les conditions d'admission des patients ont ensuite des répercussions non négligeables sur la mise en œuvre des soins. Le tiers joue en effet pour les psychiatres un rôle important tout au long du processus de soins et n'est pas seulement à l'initiative de celui-ci. C'est également la raison pour laquelle les psychiatres eux-mêmes doivent s'interroger sur leur propre pratique et les raisons qui l'ont faite évoluer dès lors qu'un nouvel outil d'admission en soins leur a été proposé (mais pas imposé) par la loi. » (80)

a) Flou terminologique

Sous la loi de 1990, la mesure dite « en cas de péril imminent » correspondait en fait à l'actuelle procédure de SDT d'urgence, c'est à dire l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers qui ne nécessite qu'un seul certificat médical (Art L3212.3 du CSP). Le fait d'avoir conservé cet intitulé pour une modalité d'admission en soins sans tiers est source de confusion, tant pour le public que pour certains médecins. De plus, son intitulé exact, « L3212.1-II-2 », particulièrement long, incommode et difficile à retenir, n'aide pas à une bonne compréhension.

Pourquoi ne pas avoir appelé cette modalité de contrainte « *hospitalisation en cas d'absence de tiers* » ? Cela aurait ainsi limité les questionnements sur la différence entre péril imminent et procédure d'urgence et permis de formaliser les règles d'une hospitalisation sans tiers de manière plus claire, permettant ainsi de lutter contre d'éventuelles dérives (abstention de recherche de tiers par exemple).

La mention « péril imminent » et sa définition donnée par l'HAS en 2005 : « *immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient* » soit l'existence d'un risque grave pour l'intégrité du malade lors de la rédaction du certificat médical permettent une grande liberté d'interprétation.

Enfin, le caractère imprécis de la condition « *l'impossibilité d'obtenir une demande* » rend possible plusieurs lectures et donc plusieurs façons d'utiliser cette modalité.

On peut l'entendre comme étant :

- L'impossibilité clinique, que nous avons décrite plus haut, lorsque la symptomatologie du patient ou la nature de la relation qui le lie au tiers potentiel contre-indique la réalisation d'une demande de tiers.
- L'impossibilité pratique, lorsque le tiers est joint par téléphone mais ne peut se déplacer pour diverses raisons (voyage à l'étranger, hospitalisation...) quoique désormais facilitée par les nouvelles technologies.
- L'absence de tiers, malgré les recherches effectuées ou car l'identité du patient est inconnue ou encore car il ne délivre aucune information le concernant.
- Enfin, et ce qui est source de débats, le refus du tiers de signer la demande, que nous détaillerons.

b) Risque de facilitation des hospitalisations sans consentement

Nous avons vu que les SPPI représentaient une part d'environ 20% dans les soins sans consentement, ce qui la place en dehors du cadre exceptionnel, ou de « procédure dérogatoire », comme prévu initialement par la loi de 2011.

Il est à craindre le développement « *d'hospitalisations rapides sans recul sur la situation clinique* » comme l'a exprimé G.Cambier dans son enquête qualitative sur la loi du 5 juillet 2011. (88)

Par ailleurs, il a été fréquemment souligné le risque théorique de dérives liées à l'absence de demande de tiers : le péril imminent pourrait être utilisé sans se donner la peine de chercher le tiers ou pour contourner les situations où le tiers ne veut pas se prononcer.

Dans l'urgence, on ne prend pas forcément le temps de mener une enquête approfondie à la recherche d'un tiers potentiel, au risque de « *se laisser prendre par la violence de l'institution d'urgence* » et « *d'agir de plus en plus vite, quitte à évacuer le malade* ». (89)

Cette mesure, finalement simple à mettre en œuvre car ne nécessitant qu'un unique certificat médical est plutôt séduisante dans un contexte d'urgence où la prise de décision doit être rapide, ou dans un cabinet de médecine générale dans lequel le médecin se retrouve seul face à son patient.

Nous avons retrouvé, dans la littérature, une étude qui illustre bien ce constat.

Il s'agit d'une étude monocentrique de conception naturalistique portant sur 122 patients admis en SPPI sur 6 mois en 2013 aux urgences du Centre Hospitalier Le Vinatier. (82)

Son auteur rapporte que sur l'ensemble de ces admissions en SPPI, un tiers existait dans 67% des cas, soit dans plus de deux tiers des cas. Dans presque la moitié de ces situations, le tiers était en capacité de faire une demande de SDT, la mesure de SPPI était donc injustifiée.

De plus, dans 78% des cas, le certificat médical n'était pas circonstancié et l'impossibilité de joindre un tiers n'était pas mentionnée dans le dossier.

Les raisons du choix de SPPI, lorsque circonstanciées, étaient à 50% des patients isolés sur le plan socio-familial, à 19% le refus de signature du tiers malgré son accord pour l'hospitalisation, à 15% une famille non joignable ou non mobilisable, à 13% pour protéger un tiers antérieurement victime de violence de la part du patient.

Dans seulement 1 cas, l'admission en SPPI a été décidée du fait du refus de l'hospitalisation par le tiers.

L'auteur de ce travail de thèse arrive à la conclusion que la mesure de SPPI pourrait parfois être choisie en tant que version « low cost » de la mesure de SPDT, soit une solution de facilité.

Aux urgences de Nantes, nous disposons d'un formulaire dédié à la preuve que la recherche de tiers a bien été effectuée. Ce protocole simple a pour objectif d'amoindrir ce risque de facilitation des hospitalisations sans consentement et de rester dans le cadre légal.

Tout psychiatre se doit de remplir ce document.

L'aspect « facile » de cette mesure ne semble pas avoir échappé aux services de police qui, dès sa création, ont accompagné aux UMP les patients responsables de troubles à l'ordre public afin de gagner du temps et éviter de mobiliser du personnel dévoué à la surveillance de ces patients le temps d'obtenir l'arrêté.

Ils demandaient alors aux médecins de mettre en place la mesure de péril imminent alors que la situation relevait bien d'une mesure de SDRE.

c) *Absence de tiers pour la suite de la prise en charge*

Avec la modalité de SPPI, le tiers n'est plus systématiquement reçu. On perd ainsi la « *relation soignante et pédagogique* » pour l'informer sur la maladie de son proche et l'impliquer aux côtés des soignants par rapport à la nécessité de soins. (90)

Le temps de l'évaluation est réduit et la recherche de tiers, « facultative », peut ne pas être entreprise, la charge en incombant alors au directeur de l'hôpital. Mais même si le tiers est contacté dans un second temps, le péril imminent n'est pas transformé en soins à la demande d'un tiers. La place du tiers est ainsi bien différente de celle qu'il aurait eu en étant impliqué dès le début de la procédure, il reste extérieur à la procédure. Il n'a notamment que la voie juridictionnelle, plus lourde, pour demander la levée de la mesure.

Les situations d'admission en SPI suite à un refus de la famille exposent une difficulté d'un autre ordre. En effet, le tiers joue un rôle important dans la suite de la prise en charge du patient, un entourage ambivalent ou opposé aux soins peut alors rendre plus difficile le travail d'élaboration du patient autour de sa pathologie et son adhésion aux soins. Une bonne alliance avec l'entourage est également indispensable pour préparer la sortie et plus ou moins la réinsertion du patient.

Le recours à un tiers qui se positionne pour les soins permet de plus au médecin de ne pas être seul à porter la contrainte et décale le dialogue patient-médecin sur un autre domaine que celui de la confrontation.

Il n'est pas rare que le médecin s'appuie sur la demande de tiers afin de faciliter l'alliance avec le patient. « *Vous voyez, tout votre entourage s'inquiète pour vous, je partage leur inquiétude* ».

Caroli dénonce cette possibilité nouvelle « *mettant face à face le patient et son médecin qui sera placé dans un rôle sécuritaire sans intermédiaire extérieur* ». (91)

d) Risque de désengagement des familles

La mesure de SPPI risque de s'accompagner d'un désengagement des familles. L'effacement du tiers dans la modalité de péril imminent peut permettre à la famille de ne pas se positionner tout en exigeant par ailleurs des soins pour son proche.

Ce risque a été constaté par plusieurs auteurs dont Mondoloni et al. (76), Berthon et al. (92) et par Hazif-Thomas et al, que l'on cite :

« Cette procédure visant à hospitaliser sans consentement en l'absence de tiers pourrait passer pour une avancée si elle ne révélait pas la défausse d'engagement de la part de la famille, du réseau amical, voire simplement de l'intérêt citoyen porté auprès de la personne en souffrance psychique. Effectivement pourquoi prendre le risque de rancœur, voire de poursuite en justice si une admission peut s'organiser lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande ? » (93)

Le grand public est facilement informé de l'existence de cette mesure, il suffit d'avoir accès à internet !

Sur des sites destinés aux usagers de la psychiatrie, comme www.psycom.org, on peut lire qu'un parent ou un proche, susceptible d'agir dans l'intérêt d'une personne ayant besoin de soins psychiatriques et ne pouvant y consentir, peut ne pas souhaiter assumer le rôle de tiers et refuser de formuler la demande de soins. Dans ce cas, le directeur de l'établissement pourra prononcer une admission en soins psychiatriques pour péril imminent. On peut facilement imaginer le cheminement de pensée des familles de patients qui lisent cet article, pourquoi s'exposer au risque de représailles, de conflits avec son proche alors que la décision peut être prise sans la famille ?

Nous avons vu que la procédure semble parfois être utilisée pour accélérer le processus d'orientation à partir des urgences « *en faisant l'économie d'un échange quasi pédagogique avec le tiers pour l'amener de façon éclairée à assumer une responsabilité de substitution salutaire à l'égard de la personne en situation de souffrance et de danger* » (94).

En effet, nous avons insisté, tout au long de ce travail de thèse, sur l'importance et les enjeux de la rencontre avec l'entourage du patient. Se passer de cet échange, c'est notamment s'empêcher de délivrer la famille d'informations indispensables et ainsi de la déresponsabiliser.

Il nous semble important de toujours rencontrer la famille, même quand celle-ci refuse de signer la demande de tiers, nous devons la recevoir afin de lui délivrer toutes les informations. La mobiliser pour qu'elle vienne aux urgences, prendre le temps de la recevoir et l'informer nous semble être un bon moyen pour amoindrir le risque de désengagement de la famille.

e) Déplacement des responsabilités

L'arrivée de la modalité du péril imminent a, en partie, modifié les sentiments de responsabilités à l'œuvre dans la prise de décision d'une hospitalisation sans consentement.

Même si parfois la famille est présente lors de la mise en œuvre des soins sous la modalité péril imminent, elle engage bien moins sa responsabilité morale qu'au cours d'une SPDT.

La responsabilité est alors portée par un seul médecin qui rédige un unique certificat.

A l'inverse, lorsque le médecin décide de ne pas mettre en place les soins devant le refus du patient et de sa famille, il endosse la responsabilité de ne pas instaurer de soins sans consentement à l'encontre de la famille et en l'absence de trouble à l'ordre public.

L'imprécision légale de la condition concernant l'absence de demande de tiers permet l'admission à l'encontre de la famille et place le psychiatre dans une nouvelle situation de responsabilité. Le praticien doit prendre une décision adaptée à chaque situation, la loi ne dictant pas de conduite à tenir.

En conclusion de ce chapitre, la mesure de péril imminent apporte donc des avantages non négligeables et permet de débrouiller certaines situations qui, avant la loi de 2011, représentaient des impasses que l'on essayait de contourner par des méthodes controversées (faux tiers, HO injustifiées). Néanmoins, elle reste critiquable par certains de ses aspects.

C. Les SPPI en cas de refus des soins par la famille

Il nous a paru important de consacrer un chapitre à la question suivante : « Doit-on aller contre la famille ? »

1. Ce que dit (ou ne dit pas) la loi

L'admission d'un patient selon la modalité du péril imminent alors que la famille s'y oppose n'est explicitement envisagée ni dans les rapports de révision de la loi 1990, ni dans le projet de loi de 2011, ni dans aucun débat parlementaire.

Néanmoins, la formulation imprécise de la mesure (« *il s'avère impossible d'obtenir une demande de tiers* ») permet la mise en œuvre de SPPI malgré l'opposition de la famille.

Cette possibilité est, par contre, envisagée dans le cas où les soins hospitaliers du patient sont déjà mis en place mais que la famille s'y oppose. Ceci est énoncé au sein de l'article L3212-9 de la loi de 2011, qui concerne le maintien des soins hospitaliers en cas d'opposition de la famille : « *Le directeur de l'établissement n'est pas tenu de faire droit à cette demande lorsqu'un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement et datant de moins de 24h atteste l'arrêt des soins entraînant un péril imminent pour la santé du patient* » (67)

Décider de ne pas hospitaliser le patient pour respecter l'avis de sa famille, peut-il être considéré comme de la non-assistance à personne en danger ?

Le Docteur M.C. Cabié s'est interrogée, en mars 2013, : « *Dans le cas de péril imminent, lorsque la famille a été contactée mais refuse de signer la demande de soins sous contrainte, le psychiatre est placé devant un dilemme difficile : doit-il être poursuivi pour non-assistance à personne en danger ou pour hospitalisation abusive ? Il faudrait que la loi puisse répondre* » (95)

Le péril imminent peut permettre au tiers de ne pas se positionner tout en exigeant par ailleurs des soins pour son proche. On peut, dans ce contexte, imaginer une famille, qui, après un évènement dramatique, décide de reprocher au médecin le fait de ne pas avoir utilisé le péril imminent alors même qu'elle avait refusé de faire une demande de tiers.

Il ne semble pas y avoir de bonnes ou de mauvaises décisions. Le psychiatre fait ce qu'il juge le plus adapté pour son patient, au cas par cas. Afin de se protéger au mieux en cas de non-hospitalisation, il est par contre indispensable d'informer la famille du risque encouru, du danger qui pèse sur le patient qui va rentrer à domicile, et de consigner par écrit le fait que cette information a bien été délivrée à la famille.

2. Hypothèses quant au refus de la famille de signer la demande de tiers

Nous avons tenté de rassembler l'ensemble des raisons qui peuvent pousser les familles à refuser de signer la demande de tiers malgré les conseils du médecin aux urgences.

a) *Culpabilité excessive*

La famille peut effectivement refuser d'assumer un vécu de culpabilité lié au sentiment d'avoir à enfermer son proche, de le priver de ses droits et de sa liberté. En signant une demande de soins, ces proches ont l'impression d'être néfastes, malfaisants pour le malade. La famille ne veut pas devenir celui qui contraint, celui qui, d'après elle, punit le patient.

b) Sentiment d'échec

Se résoudre à hospitaliser sous contrainte son proche malade, peut signifier, pour certaines familles, avoir échoué. Ces familles qui, jusque-là, avaient réussi à contenir la maladie, à accompagner le patient et à le soutenir en le gardant, avec elles, à domicile, peuvent avoir le sentiment d'avoir raté quelque chose, d'avoir mal fait et ne peuvent envisager d'abandonner. Elles vont alors, malgré les difficultés, préférer continuer à entourer leur proche malade, en espérant un rétablissement presque miraculeux.

c) Crainte des représailles

La peur des reproches ou des conflits est relativement fréquente « *il n'est pas d'accord, je ne peux pas lui faire ça* ». Le tiers est en fait incapable d'accepter que le bien de son proche puisse être contraire au souhait qu'il a exprimé. Ces familles n'arrivent pas à entendre l'intérêt thérapeutique de l'hospitalisation, ni que, parfois, le patient n'est pas en capacité de juger de ce qui est bon pour lui.

d) Refus d'endosser la responsabilité morale

Les familles peuvent refuser de signer un document officiel demandant des soins psychiatriques, ne se sentant pas prêtes à endosser le sentiment de responsabilité morale.

e) Représentations négatives des soins psychiatriques

Certains conservent une vision très asilaire de la psychiatrie, ils peuvent en avoir peur. Ils craignent notamment l'effet stigmatisant d'une prise en charge psychiatrique.

Aux urgences médico-psychologiques de Nantes, nous avons souvent entendu des propos tels que « *vous allez l'interner* » « *vous allez l'enfermer* » « *Saint Jacques c'est pour les fous* » « *les médicaments que vous donnez là-bas les rendent zombies* » ou « *légumes* ».

Parfois, l'entourage est en demande de soins mais en refuse la forme, nous demandant alors une admission en clinique, souvent jugée plus acceptable.

f) Explication insuffisante de l'intérêt de la mesure

L'ensemble des hypothèses décrites peuvent être en lien avec un manque d'information délivrée aux urgences. Nous l'avons vu dans la partie consacrée à la mesure de SPDT, il est primordial de bien informer les familles sur le déroulement de la procédure, et qu'elle est absolument nécessaire pour protéger le patient.

3. Quelle pratique aux urgences médico-psychologiques de Nantes ?

Au cours de mon année d'internat passée aux UMP, je n'ai été que très rarement confrontée à la situation dans laquelle l'état clinique du patient nous paraît nécessiter une hospitalisation sans consentement mais qu'elle ait été refusée par la famille.

Le plus souvent, nous pouvions convaincre un membre de la famille de la nécessité de l'hospitalisation ce qui rendait alors possible la mise en œuvre d'une mesure de SPDT. Lorsque que cela est impossible, nous avons pu observer que la pratique la plus souvent adoptée n'est pas celle de l'hospitalisation contre la famille. Dans la quasi majorité des cas, lorsque l'hospitalisation est jugée nécessaire mais refusée par le patient et sa famille, ils vont, ensemble, rentrer à domicile. La famille est alors largement informée du risque encouru et du fait qu'elle engage sa responsabilité morale par la décision qu'elle prend, et qui a une conséquence immédiate sur les soins de son proche. Il lui est précisé qu'en refusant de signer la demande de soins, la famille agit contre l'avis du médecin. Le fait que cette information a bien été délivrée à la famille est consigné par écrit dans le dossier du patient.

Il est exceptionnel que l'on aille contre l'avis de la famille, et cela arrive dans des cas où nous considérons le patient comme un danger immédiat pour lui même.

D. Cas cliniques

Nous illustrons cette troisième et dernière partie par trois situations cliniques bien différentes mais ayant toutes trois abouti à une mesure de SPI.

1. Cas de Mr G.

Il s'agit d'un homme de 54 ans adressé un vendredi matin aux urgences de Nantes. Il est accompagné par la Police car il tenait des propos incohérents sur la voie publique, et plus précisément sur le boulevard des Belges.

Mr G est admis directement au secteur médico-psychologique.

Il est drapé dans une cape pailletée qui recouvre ses vêtements, ses cheveux sont longs, blancs et sales. Nous pouvons dire que sa présentation est plutôt incurieuse et discordante.

Le contact est d'emblée assez familier, Mr G se livre facilement et sans aucune méfiance.

Il est tout à fait cordial et nous demande une chambre pour dormir un peu et peut être pouvoir prendre une douche. Tout l'entretien médical se déroulera donc dans l'un des trois boxes.

Nous n'obtiendrons que très peu de renseignements sur son mode de vie. Il nous dit être originaire de Belgique, ce que son accent semble confirmer, mais vivre et travailler en Allemagne « *aux Postes* » dans la ville de Krefeld.

Il aurait déjà rencontré un psychiatre à l'âge de 5 ans ce qu'il justifie par le fait qu'il était « *un enfant difficile, turbulent* »

Mr G explique être venu à Nantes pour « *réclamer justice à Dieu, suite à une profanation dans une église évangélique en Allemagne. La France est la profanatrice de l'Allemagne, la Belgique étant sur la ligne médiane entre la France et l'Allemagne, je suis donc la balance justicière.*

J'entends Dieu, je vois Dieu, vous pouvez voir Dieu à travers moi. Je suis un angélique dans un corps humain, je suis devenu un angélique quand mon père a essayé de me noyer et m'a violé. J'ai passé les étapes et je suis devenu au dessus d'un angélique, un justicier. »

Il aurait quitté la Belgique le mercredi précédent et serait venu à Nantes en voiture « *J'ai gardé ma voiture de belge ! Et devinez pourquoi ?... Parce que je suis belge !* » nous dit-il en riant.

Il n'a aucun papier d'identité, mais tient dans sa main un petit morceau de carton sur lequel est notée une adresse à Pornic. Il nous dit que c'est Dieu qui lui a envoyé.

Nous prendrons le temps de vérifier à quoi correspond cette adresse, il s'agit d'un site agricole de production de lait.

Nous ne pourrions en savoir plus.

Lorsque nous lui demandons des informations sur sa famille, il mime un ange qui bat des ailes et nous répond « *Ils sont au Paradis, ils sont heureux* »

Il finit par nous dire que sa femme est décédée il y a 13 ans et qu'il a deux filles, l'une vivrait à Montpellier, l'autre au Maroc mais qu'il est en rupture totale avec elles depuis au moins 5 ans.

L'état clinique de Mr G. est donc marqué par un délire de thème mystique avec des éléments mégalomaniques, de mécanisme plutôt intuitif et imaginatif, mal systématisé. Il semble adhérer totalement à son délire. Sa thymie est haute, avec une excitation psychique mais non motrice, une exaltation, un certain ludisme et une familiarité (Mr G. nous appelle « *mon enfant* »). Son discours est diffluent, sa pensée désorganisée et accélérée. Il nous dit dormir deux à trois heures par nuit.

Sur le plan somatique, l'examen clinique est normal.

De principe, un bilan biologique standard (NFS, ionogramme sanguin et TSH) est réalisé et ne rapporte pas d'anomalie.

La recherche de toxiques urinaires est négative.

Le scanner cérébral n'a pas été indiqué en urgence.

Malgré nos efforts de recherche, nous serons dans l'incapacité de contacter un proche du patient et donc d'obtenir une demande de soins par un tiers.

Etant donné son état psychique, nous le considérons comme vulnérable et imprévisible, nous décidons donc d'hospitaliser le patient ne serait-ce que pour évaluer plus précisément son état dans un service de psychiatrie. Ses troubles mentaux rendant impossible son consentement, et en l'absence de demande d'un tiers, nous décidons d'admettre Mr G en « soins psychiatriques en cas de péril imminent » (Art.L.3212-1, II, 2°)

Durant son séjour, Mr G évoquera une enfance difficile mais peu d'informations supplémentaires seront recueillies, les versions de son histoire personnelle se modulant selon les différents entretiens.

En dehors de propos mystiques, d'une familiarité et d'une euphorie, aucun autre élément en faveur d'un épisode maniaque ne sera retrouvé.

Il n'y aura pas non plus de trouble du cours de la pensée. Les éléments délirants s'amenderont rapidement grâce à un traitement antipsychotique par 4mg de Risperidone.

Il dit finalement avoir souffert d'un épuisement professionnel et de difficultés à vivre dans un pays dont il ne maîtrise pas la langue.

Mr G s'installera rapidement dans l'unité et aura même d'importantes exigences hôtelières, il se rapprochera rapidement des autres patients et tout particulièrement de ceux pouvant lui proposer des solutions financières ou d'hébergement.

Il compte s'installer à Nantes, en espérant pouvoir rester un ou deux mois à l'hôpital pour lui permettre de trouver un logement.

Mr G sera donc hospitalisé en unité fermée et y restera 10 jours, la mesure de contrainte sera levée avec une proposition de sortie dans la foulée qu'il acceptera.

La conclusion diagnostique est : « F23.9 : trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision ».

Son traitement de sortie est de la Risperidone, 4 mg le soir.

Mr G ne se présentera pas à la consultation programmée par le médecin de l'unité.

Commentaires :

Il s'agit d'un cas assez typique de mesure de soins psychiatriques en cas de péril imminent dans le cadre d'un patient isolé, en errance, dont l'identité est incertaine et pour lequel aucun proche n'a pu être contacté.

L'indication d'un péril imminent peut être discutable car le risque de « *dégradation grave de l'état* » de ce patient reste incertain. Mr G n'exprimait aucune velléité auto ou hétéro-agressive. Cela vient illustrer le fait que le choix de cette mesure par le psychiatre reste finalement assez subjectif et se décide au cas par cas.

La décision d'hospitalisation a, dans ce cas, été prise pour mettre fin, au moins temporairement, à un processus d'errance pouvant mettre en danger cet individu.

2. Cas de Mr A.

Il s'agit d'un homme de 56 ans adressé par le SMUR pour plaies multiples auto-infligées à l'arme blanche.

C'est l'entourage de Mr A et plus précisément, son fils, qui a appelé la police et les pompiers, inquiet devant l'absence de nouvelles de Mr A et une menace de passage à l'acte suicidaire.

A l'arrivée des secours, le domicile a dû être ouvert par les intervenants et c'est lors de l'ouverture de porte que le patient s'est mutilé à coups de couteau, le pli du coude gauche, l'abdomen, le cou et l'aine droite.

Il est, dans un premier temps, pris en charge aux urgences traumatologiques pour ses plaies multiples.

Dans ses antécédents, il y a notion d'une première hospitalisation pour dépression en 1992 à Saint Nazaire.

Fin 2014, Mr A. est hospitalisé une deuxième fois à Saint-Jacques en SPDT, pendant deux mois, pour des troubles du comportement à type d'accumulation d'objets et de menace d'expulsion de son logement. Le tiers signataire était son fils.

En avril 2015, le patient est de nouveau hospitalisé en SPDT à Saint-Jacques pendant deux semaines. Son fils avait, cette fois encore, signé la demande de tiers. La clinique était alors centrée sur un vécu persécutif et des alcoolisations massives et répétées.

Ses troubles s'inscrivent dans un contexte de trouble grave de la personnalité du registre paranoïaque.

Il dit être suivi par un psychiatre en libéral mais ne pas prendre de médicaments.

Mr A. est divorcé depuis 22 ans. Il a trois enfants, deux filles avec lesquelles il n'a plus aucun contact et un fils qu'il voit plus régulièrement.

Il vit seul dans un appartement et touche le RSA. Il a, par le passé, effectué diverses professions comme cordonnier et éducateur sportif.

Une demande d'AAH est en cours et une demande de curatelle avait également été lancée lors de la dernière hospitalisation mais Mr A. a réussi à obtenir l'invalidation de cette mesure.

A l'entretien, le patient est calme mais semble contenir une tension psychique sous-jacente, le discours est maîtrisé et obséquieux.

Il est d'emblée massivement projectif notamment envers ses enfants et tout particulièrement son fils mais aussi envers les médecins et l'hôpital Saint-Jacques.

Il reproche avec véhémence à son fils d'avoir interpellé la police.

Il rationalise de façon particulièrement froide et détachée son passage à l'acte impulsif, il dit l'avoir réalisé avec « *l'intention de mourir au vu de l'intrusion qu'il subissait* » lorsqu'il a vu la police forcer à nouveau la porte de son logement. Mr A. ne fait aucune critique de ses comportements.

Il est dans le déni de ses troubles et notamment de l'accumulation de multiples objets amassés depuis plusieurs mois au point d'en occuper la quasi totalité du logement.

Mr A. reconnaît partiellement une tristesse de l'humeur ancienne, exacerbée par les fêtes de fin d'années qu'il a passées seul.

Il est totalement opposé aux soins qui, d'après lui, le « *mettraient encore plus en difficulté* ».

Nous sommes amenées, dans un second temps, à rencontrer son fils. Il s'agit d'un homme d'une trentaine d'années, à l'air fatigué et désemparé.

Etant donnée l'animosité du père envers son fils, nous choisissons de le voir seul.

Il nous explique que depuis plusieurs jours, Mr A. ne répondait plus au téléphone et n'ouvrait plus sa porte. Ses relations de voisinage étaient également compliquées et il existerait une menace d'expulsion en cours.

« *Mon père s'est mis beaucoup de gens à dos, avec mes sœurs ils ne se parlent plus* » Il nous dit que c'est un peu plus facile avec lui mais que leur relation s'est compliquée suite aux deux hospitalisations sous contrainte. Mr A. en a beaucoup voulu à son fils d'avoir « *attenté à sa liberté* »

Le fils du patient est demandeur de soins psychiatriques pour son père mais craint de nouvelles représailles de son père et qu'il décide de couper tout contact avec lui, comme il a pu le faire avec ses sœurs.

Nous jugeons que l'hospitalisation du patient est, malgré son refus, nécessaire. Afin de préserver l'entourage déjà bien en difficulté, nous décidons de mettre en place une mesure de « soins psychiatriques en cas de péril imminent » (Art.L.3212-1, II, 2°).

L'hospitalisation de Mr A. durera un mois, des projets de soins et d'hébergement lui seront proposés. Mais Mr A. fera, de son côté, ses propres démarches et fera appel de la décision du Juge de la Liberté et de la Détention, ce dernier décidera de lever la mesure de soins sans consentement.

Mr G. sortira de l'unité trois jours après et n'honorera pas la consultation psychiatrique qui lui sera proposée après qu'il l'ait réclamée avant sa sortie.

Le fils de Mr A. sera reçu en entretien par le psychiatre de l'unité, vivant très difficilement la situation.

En effet, ce dernier se voit faire face aux sentiments partagés d'amour filial et de haine, en lien avec ce qu'il a pu vivre dans son enfance et ce qu'il continue à vivre aujourd'hui. Il rapportera par exemple les invitations pour les fêtes de Noël, chaque fois déclinées par son père.

Commentaires :

La mesure de péril imminent a, dans, ce cas, été utilisée afin de protéger le tiers, cible désignée par le patient.

Ce cas illustre bien l'un des principaux apports de cette procédure. En effet, elle nous a permis d'hospitaliser ce patient sans avoir à mettre en difficulté, voire en danger, sa famille.

Le fils de Mr. A n'a pas été exclu de la prise en charge ultérieure et a été reçu individuellement par le psychiatre référent.

3. Cas de Chloé C.

Il s'agit d'une jeune femme de 18 ans, adressée par le SAMU aux urgences de Nantes pour une intoxication médicamenteuse volontaire avec 20 comprimés de Quétiapine 300mg, 20 comprimés de Lamotrigine 25mg et 15 comprimés de Cyamémazine 25mg. Elle a également réalisé une phlébotomie en se sectionnant les deux plis du coude et a menacé de se défenestrer.

Chloé présente une anorexie mentale évoluant depuis 2013.

Elle a été hospitalisée deux fois en 2014 à l'unité Salomé (unité nantaise dédiée à la prise en charge des troubles du comportement alimentaire).

En 2015, elle est hospitalisée en endocrinologie pour cachexie, une renutrition par sonde nasogastrique avait été débutée mais Chloé avait rapidement dû être transférée en psychiatrie au CHS Georges Daumezon en raison d'une tentative de suicide par strangulation avec la tubulure.

Elle restera en psychiatrie adulte plus de trois mois puis sera re-transférée en endocrinologie pour une hypokaliémie secondaire à des vomissements.

Elle s'est scarifiée de multiples fois depuis le début des troubles, au niveau des cuisses, des mollets, des avant-bras et des plis des coudes.

Elle est actuellement suivie par trois psychiatres : une psychiatre hospitalière du CHS Daumezon, un psychiatre libéral d'orientation cognitivo-comportementale et une psychiatre addictologue.

Dans les antécédents de la famille, on retrouve une notion d'anorexie mentale chez une tante ainsi que chez la grand-mère maternelle.

Son traitement psychotrope habituel est :

- Venlafaxine 75mg : 2 gélules le matin
- Quétiapine LP 300mg : 2 comprimés le midi
- Lamotrigine 25mg : 2 comprimés matin et soir
- Cyamémazine 25mg : 1 comprimé le matin si besoin.

Il lui est également prescrit plusieurs compléments (Vitamines B1 et B6, magnésium, phosphore, carbonate de calcium, chlorure de potassium, Hydrosol polyvitaminé, acide folique et fer).

Chloé vit avec sa mère et ses deux sœurs cadettes.

Son père est décédé en mai 2014 des complications d'une alcoolodépendance et d'une hépatite C chronique.

Elle est lycéenne en classe de Terminale Scientifique.

Durant les quinze jours précédents son arrivée aux urgences, l'état de Chloé s'était dégradé, elle était aphagique, et exprimait très clairement à son entourage des vellétés suicidaires. Face à ce tableau clinique inquiétant, sa mère a joint les différents médecins en charge de la situation de sa fille et notamment son médecin généraliste afin qu'il puisse intervenir au domicile en vue d'une nouvelle hospitalisation.

Lors de sa visite à domicile, le médecin de famille aborde avec Chloé le projet d'une nouvelle prise en charge hospitalière en urgence, alerté notamment par un IMC à 11.

Chloé annonce alors qu'elle va « *réfléchir* », s'enferme dans la salle de bain, et passe à l'acte.

A son arrivée aux urgences, elle est hypotendue, normocarde, somnolente avec un score de Glasgow à 14.

Chloé coopère difficilement et refuse que le médecin examine ses plaies.

Elle est admise à l'Unité de Surveillance Continue, en réanimation médicale où nous la rencontrerons le lendemain.

A l'entretien psychiatrique, la patiente est dans l'opposition manifeste, aucun dialogue n'est possible. Son visage est très fermé et hostile.

Lorsque nous l'informons de la décision d'hospitalisation en psychiatrie en urgence, elle se lève brusquement en gémissant, tortille les tubulures puis cherche à aller ouvrir la fenêtre.

L'état clinique de cette jeune fille est alors marqué par une instabilité psychomotrice, une imprévisibilité et surtout par un risque de passage à l'acte suicidaire majeur et imminent.

Afin de prévenir ce risque nous préconisons une sédation par Clorzépate dipotassique à administrer par la perfusion déjà en place.

Nous nous mettons en contact avec les différents psychiatres intervenants dans la prise en charge de la patiente, tous nous préconisent une hospitalisation en urgence mais nous informent de la grande ambivalence de la mère de Chloé par rapport aux soins médicaux.

Nous appelons cette dernière qui, effectivement, semble être en grande difficulté pour se positionner. « *J'étais d'accord pour l'endocrinologie mais pas pour la psychiatrie, ce n'est pas un lieu pour une jeune fille, là-bas ils lui ont mis des antidépresseurs très forts alors qu'elle n'avait pas 18 ans* ».

Elle reconnaît être « *paradoxe* » et dit « *écouter les médecins mais en même temps chercher ce qui correspondrait le mieux à Chloé, des méthodes douces, de la naturopathie, des magnétiseurs* ».

C'est quand on ne l'écoute pas qu'on la pousse à faire des tentatives de suicide, elle est passée à l'acte car on ne l'entendait pas, on a fermé la porte. Je ne veux pas perdre l'amour de ma fille ».

Nous lui expliquons que l'état psychique de sa fille est bien trop instable pour une prise en charge en endocrinologie, que la psychiatrie reste le lieu où l'on peut au mieux protéger ceux qui ont décidé de mourir.

Etant donné toute l'ambivalence et la culpabilité de cette mère, nous décidons de ne pas l'impliquer ce jour dans la décision d'hospitalisation et décidons d'admettre la patiente en « soins psychiatriques en cas de péril imminent » (Art.L.3212-1, II, 2°).

Commentaires :

L'hospitalisation en psychiatrie apparaît ici comme étant le lieu le plus adapté pour protéger Chloé. Un retour à domicile n'était absolument pas envisageable, l'état clinique de la patiente étant bien trop sévère et son entourage, sa mère, n'était pas assez solide.

Cette mère était dans le déni de la gravité des troubles de sa fille et les rationalisait. Elle n'entendait pas le risque de danger immédiat ni la nécessité de l'hospitalisation en psychiatrie.

Elle nous a semblé très vulnérable et dans l'incapacité de faire une demande adaptée de soins pour sa fille.

A l'annonce de notre décision d'hospitalisation selon la modalité du péril imminent, elle n'a pas fait preuve d'opposition ou de quelconque menace. Il est probable qu'elle ait ressenti un certain soulagement du fait de ne pas être impliquée dans ce choix.

Le fait d'avoir joint par téléphone les différents intervenants de la prise en charge nous a conforté dans notre idée. Ces derniers nous avaient informé de l'ambivalence de la mère et étaient, eux-aussi, favorables à une mesure de SPPI.

Avec le recul, nous nous sommes d'ailleurs demandées pourquoi ces médecins n'avaient pas utilisé eux-mêmes la procédure. Nous avons émis l'hypothèse qu'en tant que référents du suivi, ils étaient plus intriqués dans la relation avec Chloé et sa mère. En tant qu'intervenant des urgences, donc plus extérieurs à la problématique, il nous a certainement été plus facile de prendre cette décision.

DISCUSSION

Depuis plus d'une dizaine d'années, la façon de travailler aux UMP s'est modifiée, influencée par le contexte de désinstitutionnalisation de la psychiatrie, de l'évolution de la société, et du cadre médico-légal plus contraignant.

La famille est désormais fortement impliquée dans le processus décisionnel aux urgences et nous avons besoin de sa présence. Elle nous est indispensable dans le processus de résolution d'une situation de crise et peut permettre ainsi d'éviter une hospitalisation. Sa présence est également primordiale pour admettre en psychiatrie un patient qui refuse les soins.

Historiquement, la famille était d'abord responsable de son proche malade qui vivait en son sein mais qui pouvait être exclu sans délai, en cas de trouble à l'ordre public. Il était alors chassé de la famille ou mis en prison puis, après sa création, à l'hôpital.

L'émergence d'une demande de prise en charge par la famille est apparue avec la lettre de cachet puis par le placement volontaire. Nous rappelons qu'à l'époque de la loi de 1838, la place du médecin était facultative dans la mise en place de l'hospitalisation par PV. Avec la loi de 2011 et la création de la mesure de SPI, c'est désormais la place de famille qui devient non indispensable. Selon l'évolution des lois et des courants historiques de la psychiatrie, on note ainsi que les places occupées par la famille et le médecin dans les soins sont différentes.

Ces familles sont, depuis l'émergence des mouvements associatifs, plus informées de leurs droits et de la loi ce qui est un avantage, mais ce qui peut parfois les rendre plus procédurières.

Longtemps considérée comme responsable de la souffrance psychique elle est maintenant une ressource indispensable et va participer de manière active à la prise en charge. En retour, nous nous devons de l'entendre et de l'informer afin d'optimiser la qualité des soins.

Cela commence dès les urgences qui représentent fréquemment le premier contact avec la psychiatrie.

La rencontre avec la famille permet l'information : s'informer sur le patient et aussi, informer la famille. Elle permet aussi de promouvoir une double alliance, valoriser les compétences et les ressources de la famille.

Nous pensons que cette rencontre est importante quelque soit l'orientation du patient à l'issue de la consultation aux UMP.

Dans les situations de crise, la mobilisation de l'entourage va nous aider à amorcer une ouverture vers un changement et ainsi obtenir un apaisement. Cela nous permet alors d'envisager le retour à la maison dans de bonnes conditions, avec un entourage familial bien informé et préparé, qui pourra alerter en cas d'inquiétudes.

Dans les cas d'hospitalisations sous contrainte, cette rencontre avec la famille est tout aussi importante afin qu'elle vive le mieux possible la mise en place de cette procédure. Nous cherchons à obtenir son accord pour signer la demande de tiers, mais aussi sa compréhension des enjeux. La grande majorité des tiers signataires ont un vécu de culpabilité même s'ils pensent avoir agi avec bienveillance pour leur proche, d'où l'importance d'une information claire et adaptée à chaque situation surtout si c'est une première fois. La famille du patient qui présente un état délirant aigu pour laquelle cette rencontre est le premier contact avec la psychiatrie ne vivra pas la procédure de la même façon que celle du patient chronique aux multiples antécédents d'hospitalisations. L'épisode psychotique aigu que l'on décrit souvent comme étant un « coup de tonnerre dans un ciel serein » l'est tant pour le patient que pour sa famille. La famille est alors confrontée à l'inconnu et est peu préparée à une hospitalisation en psychiatrie.

Même quand les proches ont conscience que l'état du patient rend impossible son retour à domicile et que leurs capacités d'aide sont dépassées, ils peuvent rester ambivalents et questionner la nécessité de l'hospitalisation. Le cas de Mme P, présenté en partie 2, illustre bien cette difficulté. Nous avons dû prendre le temps d'accompagner les parents de cette patiente en état de décompensation psychotique afin de mettre en place une mesure de SDT.

L'échange avec la famille peut alors parfois nécessiter de longues négociations. Parfois ils ont tout simplement besoin de temps pour accepter l'idée de l'hospitalisation.

La terminologie « *à la demande d'un tiers* » n'est d'ailleurs pas toujours adaptée à la pratique. En effet, dans la majorité des cas, c'est le médecin qui demande à la famille de signer la demande qui lui permet de mettre en place les soins et non l'inverse.

Notre expérience nous a montré que la décision d'orientation du patient aux UMP était le plus souvent en accord avec la volonté de la famille. Cependant, cela comporte bien évidemment des limites, on ne peut pas toujours exaucer les volontés des familles, nous confrontant alors à leur incompréhension et parfois à leur colère.

Les familles exigent parfois des soins pour leur proche alors que nous ne les jugeons pas indiqués en urgence. Les parents épuisés d'un adolescent opposant ou encore l'entourage d'un patient alcoolodépendant sans demande de soins peuvent solliciter une hospitalisation en psychiatrie en urgence et sans consentement. Lorsque les éléments cliniques justifiant d'une hospitalisation sous contrainte ne sont pas réunis, nous cherchons à lui faire comprendre l'absence d'indication de ces soins en urgence. Nous devons également faire en sorte qu'elle se sente entendue, et soutenue dans sa souffrance et ses difficultés. Néanmoins, notre parole n'est pas toujours entendable par les familles et nous recevons parfois leur agressivité, voire leurs menaces. (*« s'il arrive quelque chose, on n'en restera pas là, on ira au procès »*)

L'influence de la famille dans notre décision d'orientation prend tout son sens dans les situations où elle est épuisée. Certaines hospitalisations sont effectuées en vue de « soulager » momentanément l'entourage. Les familles qui vivent au plus près des patients atteints de pathologies psychiatriques lourdes ont parfois besoin de souffler un peu. Afin de préserver l'alliance thérapeutique et que ces familles puissent continuer, à l'avenir, à étayer le patient à l'extérieur, nous sommes, dans certains cas, amenés à mettre en place une hospitalisation.

Le fait d'hospitaliser le patient à défaut de la présence d'un entourage de bonne qualité est un autre aspect de son influence dans notre décision. En effet, lorsque la famille nous semble fragile, dans le déni des troubles, et peu apte à alerter en cas d'inquiétudes et donc à entourer un patient en souffrance psychique, il est souvent préférable d'hospitaliser le patient pour le protéger au mieux.

Lorsque la famille est absente, ou qu'elle refuse catégoriquement les soins pourtant indispensables, la loi de 2011 nous permet, par la mesure de SPI, de faire sans elle.

Cette mesure permet donc à un unique médecin d'hospitaliser un patient sans son consentement et en l'absence de trouble à l'ordre public.

Elle apporte évidemment des avantages non négligeables : patients isolés, en voyage pathologique, protection des familles ciblées comme élément persécuteur par un patient délirant, protection du patient en cas notamment de conflit conjugal avec implication juridique (divorce en cours, garde des enfants). Cependant, nous devons prendre garde à ne pas la mésuser et à respecter son caractère exceptionnel, initialement prévu par la loi.

Certains de ses aspects sont à double tranchant ; paradoxalement, cette mesure conçue, entre autre, pour aider les familles et répondre à une de leurs demandes, permet aussi aux médecins d'aller contre leur décision, au risque de les désengager dans la prise en charge ultérieure.

De plus, elle nous permet d'éviter les anciennes hospitalisations d'office par défaut. Cependant, il est important d'être vigilant à ce que certaines SDRE ne soient pas transformées en SPI par simplification de la procédure. Ce qui différencie clairement les deux mesures est la présence ou non d'un trouble à l'ordre public. Nous devons alors être garant du cadre légal et ne pas, à notre tour, être dans un processus de facilitation des hospitalisations sous contrainte.

Nous avons demandé à des praticiens hospitaliers d'unité fermée si les juges étaient particulièrement attentifs aux certificats de SPI et levaient ainsi plus facilement ce type de mesure. Ils nous ont dit ne pas avoir noté cela, et que les mainlevées semblaient plutôt être dépendantes du juge et non du type de mesure.

Aux urgences médico-psychologiques de Nantes, nous avons pu observer que la pratique générale tendait à respecter les volontés de la famille. Il est finalement exceptionnel que le médecin aille contre la volonté de la famille et mette en place une mesure de péril imminent.

La décision de mise en place d'une telle mesure garde une certaine subjectivité (subjectivité de la notion de péril imminent en psychiatrie, et subjectivité de la compréhension de la formulation légale « l'impossibilité d'obtenir une demande »).

En cas de passage à l'acte après décision d'un retour à domicile, les familles, facilement informées par internet de l'existence du SPI pourraient nous reprocher de ne pas avoir déclenché la mesure alors même qu'elles refusaient les soins. Comme l'a questionné MC Cabié, pourrait-on être poursuivi pour non assistance en personne en danger alors que nous avons simplement voulu respecter les volontés de la famille ?

Par le biais du cas de Zoé, en partie 1, nous abordons la prise en charge aux urgences du patient mineur. Le nombre croissant de ces patients ces dernières années nous a amené à nous interroger sur la meilleure prise en charge possible à l'avenir. Le contexte des urgences ne permet pas toujours d'avoir le temps nécessaire à la résolution de la crise. Le manque de temps se fait tout particulièrement sentir sur les plages de garde, le psychiatre se retrouve alors seul à gérer les urgences. De plus, il est plus difficile de mobiliser l'entourage d'un patient en pleine nuit.

L'utilisation de solutions alternatives comme celle de garder le patient pour une nuit dans un box reste exceptionnelle.

Si les unités de crise en psychiatrie au sein des urgences pouvaient se développer, on peut penser sans doute que les hospitalisations délétères en psychiatrie générale seraient moindres, et que l'intervention auprès du jeune mineur et de sa famille pourrait répondre davantage à leurs besoins.

Finalement, aux urgences, le psychiatre est interventionniste. Nous n'hésitons pas à appeler les familles, en gardant toujours en tête notre intérêt premier : agir au mieux pour le patient. Cette pratique qui déroge dans certains cas au secret professionnel pourrait-elle être critiquable ?

CONCLUSION

Nous considérons l'intervention de la famille aux urgences médico-psychologiques comme primordiale et nous y avons désormais recours dans la majorité des situations. Durant notre internat, nous l'avons largement impliquée dans nos décisions et nous continuerons à le faire.

Les interventions de crise avec l'implication active de l'entourage du patient nous semblent être une pratique à développer au sein des urgences, afin de réduire le nombre d'hospitalisations. C'est un moyen intéressant et assez simple d'apaiser la souffrance psychique d'un patient qui réagit à un contexte de vie difficile.

Il est fondamental de toujours se référer à la clinique afin de ne pas se laisser déborder ou influencer dans notre décision par des émotions souvent décuplées dans les situations de crise aux urgences. Notre intérêt reste celui d'agir au mieux pour le patient et ainsi de rester fidèle à notre éthique.

Cette rencontre avec le patient et sa famille représente souvent leur premier contact avec la psychiatrie, nous tenons à mettre tous les moyens en œuvre afin de construire une bonne alliance étant donné les enjeux pour la prise en charge ultérieure.

Ainsi, nous essayons de ne pas aller contre une famille qui refuse l'hospitalisation de son proche même si la loi nous y autorise. Nous pensons que préserver ainsi l'alliance est bénéfique, et permet notamment à la famille de réaccompagner son proche aux UMP en toute confiance et cette fois d'accepter l'hospitalisation de nouveau conseillée.

On ne peut toutefois plus nier l'existence grandissante de plaintes déposées ou de demandes de réparation par les familles, ce qui nous amène à repenser notre pratique. La parole du médecin, autrefois indiscutable, peut désormais être remise en cause par les patients et leurs proches. La famille dont on a tenu à respecter la volonté en ne mettant pas en place une mesure de SPI pourrait-elle se retourner contre nous en cas d'évènement dramatique ? Actuellement, ce fait nous questionne de plus en plus, sans que l'on puisse trouver de réponse claire.

Afin de nous prémunir contre ce risque, nous tenons à consigner par écrit le fait que la famille a bien été informée du risque que comportait le retour à domicile.

Pour aller plus loin, et afin d'impliquer davantage les familles, nous pourrions envisager de leur faire signer un écrit « symbolique » précisant que l'information sur les risques liés à un retour à domicile leur a bien été délivrée. Par ce biais, les familles témoigneraient de l'engagement de leur responsabilité.

ABREVIATIONS

AFERUP : Association Francophone d'Etude et de Recherche sur les Urgences en Psychiatrie

ATIH : l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CSP : Code de Santé Publique

FNAPSY : Fédération Nationale des Associations d'usagers en PSYchiatrie

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

HSC : Hospitalisation Sans Consentement

HO : Hospitalisation d'Office

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

SDRE : Soins à la Demande du Représentant de l'Etat

SPDT (ou SDT) : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SPDTu (ou SDTu) : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers d'Urgence

SPPI (ou SPI) : Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent

PV : Placement Volontaire

UMP : Urgences Médico-psychologiques

UNAFAM : Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques

BIBLIOGRAPHIE

1. Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS. 2005
2. Guedj M-J, Pascal J-C. La psychiatrie en urgence. Issy-les-Moulineaux: Ed de l'Interligne; 2006.
3. Circulaire n°39-92 DH.PE/DGS.3C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.
4. Cléry-Melin P, Kovess V, Pascal J-C. Rapport d'étape du 15 septembre 2003 de la mission Cléry-Melin remis au ministre de la Santé de la famille et des personnes handicapées. Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale.
5. Boiteux C, Clostre M, Querel C, Gallarda T. Urgence psychiatrique. EMC - Psychiatr. 2004 Jan;1(1):87–104.
6. Damsa C, Di Clemente T, Massarczyk O, Vasilescu MC, Hauptert J, Predescu A, et al. L'intervention de crise dans un service d'urgences psychiatriques diminue le nombre d'hospitalisations volontaires en psychiatrie. Ann Méd-Psychol. 2003 Nov;161(9):693–9.
7. Andreoli A, Lalive J, Garrone G. Crise et intervention de crise en psychiatrie. Paris : SIMEP; 1986.
8. Langsley D, Kaplan D, Pittman F, Machotka P, Flomenhaft K, De Young C. The treatment of families in crisis. New York : Grune and Stratton; 1968.
9. Haley J. Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson. Desclée de Brouwer; 2007. (REA PSY).
10. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. www.has-sante.fr.
11. De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. De Boeck;
12. De Clercq M. Intervention de crise au service des urgences d'un hopital général à Bruxelles. Psych Méd. 1993b;25(6):496–500.
13. Baillon G, Chaltiel P, Karavokyros D. Les « soins hors diagnostic » : de l'accueil aux soins étape par étape. Inf Psychiatr. 2013 May 15;89(4):327–32.

14. Wittezaele JJ. L'Homme relationnel. Paris: Seuil; 2003.
15. Von Bertalanffy L. La théorie des systèmes. Paris: Dunod; 1973.
16. Maurin J-T, Boyd C-B. Burden of mental illness on the family : a critical review. Arch Psychiatr Nurs. 1990;4(2):99–107.
17. Morin M-H. Santé mentale : la famille et l'entourage. Le Partenaire. 2012 Hiver;20(4):4–10.
18. Ministère chargé de la Santé, Ministère chargé des Solidarités. Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015.
19. Way BB. Relationships between patient, family, and significant other disposition preferences in psychiatric emergency services and the clinical symptom ratings and disposition decisions of psychiatrists. Psychiatr Rehabil J. 2005;29(2):132–7.
20. Gillig PM, Hillard JR, Deddens JA, Bell J, Combs HE. Clinicians' self-reported reactions to psychiatric emergency patients: effect on treatment decisions. Psychiatr Q. 1990;61(2):155–62.
21. Rose SO, Hawkins J, Apodaca L. Decision to admit. Criteria for admission and readmission to a Veterans Administration hospital. Arch Gen Psychiatry. 1977 Apr;34(4):418–21.
22. Tischler G. Decision making process in the emergency room. Arch Gen Psychiatry. 1966;14:69–78.
23. Baillon G. Les Urgences de la Folie. L'accueil en santé mentale. Gaetan Morin éditeur; 1998. (Des pensées et des actes en santé mentale).
24. Bateson G. Vers une écologie de l'esprit. Vol. 2. éd. du Seuil; 1972.
25. Lazignac C, Damsa C, Cailhol L, Andreoli A, Pichene C, Moro M-R. Facteurs sociodémographiques et construction de l'alliance thérapeutique aux urgences psychiatriques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2005 Feb 1;163(1):53–7.
26. Scott RD. The treatment barrier: Part 1*. Br J Med Psychol. 1973 Mar 1;46(1):45–55.
27. Cano N, Boyer L, Wawrzyniak F-S, Marciano V, Védie C, Fournier M, et al. L'hospitalisation en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2013 Sep;171(8):518–23.
28. Ausloos G. La compétence des familles. Temps, chaos, processus. Ramonville Saint-Agne: Eres; 1995. 73 p. (Relations).

29. Carpentier N. Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXème siècle. *Sci Soc Santé*. 2001 Mar;19(1):79–106.
30. Brousse G, Durand Roger J, Geneste J, Jalenques I. Urgences et crises : éclosions ou résolutions ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2007 Dec;165(10):729–36.
31. Hugo M, Smout M, Bannister J-A. Comparison in hospitalization rates between a community-based mobile emergency service and a hospital-based emergency service. *Aust NZJ Psychiatry*. 2002;36:504–8.
32. Andreoli A, Von Overbeck. De la réponse au traitement de la crise aux caractéristiques du traitement au long cours : quelques aspects particuliers des états psychiatriques aigus. In: *Quelles évaluations pour les urgences psychiatriques?* Toulouse: STARSUP; 1992. (Journée thématique de psychiatrie).
33. Cadiet L. Urgences psychiatriques. Guide pratique, thérapeutique et juridique. ESTEM; 1997.
34. Andolfi M, Angelo C, Menghi P, Nicolo A, Giacometti K. La forteresse familiale. Un modèle de clinique relationnelle. Paris: Dunod; 1982. 158 p.
35. Dehem-Gautier M. Accueil de l'urgence en psychiatrie : de l'impasse à l'ouverture. [Lille]: Université du droit et de la santé; 2014.
36. Lebow J-L. Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment. *Eval Program Plann*. 1983;6:211–36.
37. Grella C-E, Grusky O. Families of the mentally ill and their satisfaction with services. *Hosp Community Psychiatry*. 1989;(40):831–5.
38. Ostman M, Hansson L. Need for support and participation in treatment differences among subgroups of relatives to compulsory and voluntarily admitted mentally individuals. *Eur Psychiatry*. 1999;14:379–85.
39. Ampélas J-F, Robin M, Caria A, Basbous F, Rakowski F, Mallat V, et al. Évaluation de la satisfaction des patients et de leurs proches vis-à-vis d'une prise en charge de crise ambulatoire par un service mobile d'urgence et de post-urgence psychiatrique. *L'Encéphale*. 2005 avril;31(2):127–41.
40. Postel J, Quételet C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Dunod; 2009.

41. Laharie M. La société féodale face à la folie. In: La folie au Moyen Age (XI-XIIIème siècles). Paris: Le Léopard d'or; 1991. p. 169–289.
42. Klifa M. L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent : Reflet de l'évolution des places du tiers et du psychiatre dans la décision de soins sans consentement. Lyon 1; 2014.
43. Farge A, Foucault M. Le désordre des familles. Lettres de cachet des Archives de la Bastille au XVIIIème siècle. Gallimard; 1982. (Folio histoire).
44. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard; 1976.
45. Baron de Breteuil, Ministre d'Etat. Lettre circulaire adressée à M.M les Intendants des Provinces de son Département au sujet des Lettres de Cachet et des Ordres de détention.
46. Pinel P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. 1809.
47. Loi n°7443 du 30 juin 1838 sur les aliénés.
48. Falret J-P. Observations sur le projet de loi relatif aux aliénés. Paris: Adolphe Everat; 1837.
49. Ministère de la Santé Publique. Circulaire du 13 octobre 1937 relative à l'organisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental.
50. Ministère de l'Intérieur. Circulaire du 5 août 1839 concernant l'exécution des articles 1, 25, 26, 27 et 28 de la loi du 30 juin 1838.
51. Vidon G, Caroli F, Muldoworf L. Le PO en question, à propos de 147 dossiers. Synapse. 1985;17:p89–91.
52. LOI n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. 90-527 juin, 1990.
53. Londres A. Chez les fous. Monaco: Les éditions du Rocher; 2006. (Motifs).
54. LOI n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
55. Strohl H. Rapport n°97081 septembre 1997 du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990.

56. Inspection Générale de l'Administration, Inspection Générale de la Police Nationale, Inspection de la Gendarmerie Nationale. Rapport n°04-23-01 de mai 2004 sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement.
57. Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony. *J Fr Psychiatr*. 2013 Feb 1;n° 38(3):25–7.
58. LOI n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2013-869 Sep 27, 2013.
59. Expertier A, Minodier C. Les mesures d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie. In : *Le panorama des établissements de santé*. DREES; 2011. (Collection études et statistiques).
60. Braitman A, Dauriac-Le Masson V, Beghelli F, Gallois E, Guillibert E, Hoang C, et al. La décision d'hospitalisation sans consentement aux urgences : approche dimensionnelle ou catégorielle ? *L'Encéphale*. 2014 juin;40(3):247–54.
61. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2004 Feb;184:163–8.
62. Van der Post L, Mulder C, Bernardt M. Involuntary first admission of emergency psychiatric patients : report from the Amsterdam study of acute psychiatry. *Psychiatr Serv*. 2008;60(11):1543–6.
63. Pignon B, Rolland B, Tebeka S, Zouitina-Lietaert N, Cottencin O, Vaiva G. Critères de soins psychiatriques sans consentement. *Revue de littérature et synthèse des différentes recommandations*. *Presse Médicale*. 2014 Nov;43(11):1195–205.
64. Rossini K, Senon J-L, Verdoux H. Hospitalisation sans consentement : fondements éthiques, contraintes et justice procédurale. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448715003492>
65. Lachaux B, Cassan I. Le problème de l'information et de l'éthique. L'information et l'éthique entre convenance et convenable. *Ann Méd-Psychol*. 1998;157(4):269–76.
66. Jonas C. Les soins sans consentement : des principes juridiques forts soutenant une éthique pragmatique du soin. In: *Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie*. Montrouge: Douin; 2014. p. 25–45. (Polémique).

67. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011-803 juillet, 2011.
68. Houssou C, Lachaux B. La demande du tiers et la validité de l'hospitalisation à la demande d'un tiers : mise en œuvre de l'hospitalisation. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.*2010;168(10):723-26.
69. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. 2005.
70. Coffin P. L'hospitalisation à la demande d'un tiers dans le service des urgences. Etude de 41 cas au Centre Hospitalier de Cambrai. Lille 2; 2011.
71. Boyer S. Le tiers dans l'hospitalisation sans son consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux. Saint-Etienne; 2001.
72. Munizza C, Furlan P, D'Elia A, D'Onofrio M, Leggero P, Punzo F. Emergency psychiatry : a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1993;88(374):1-51.
73. Pommier C, Salvea, Pagenel J, Gisselman A. Une évaluation de l'hospitalisation sous contrainte par autoquestionnaire. *Rev Fr Psychiatr Psychol Médicale.* 2003;7(65):59-62.
74. Védrinne J, Horassius Jarrié N. Les urgences psychiatriques en question. *Inf Psychiatr.* 2006;82(7):559-64.
75. Baldo E, Ivanov S, Ferrière Z, Birembaux C, Eschallier L. Les urgences 20 ans après. Réflexions sur les urgences, la psychiatrie et la société. *Inf Psychiatr.* 2006;7(82):571-7.
76. Mondoloni A, Buard M, Nargeot J, Vacheron M-N. Le péril imminent dans la loi du 5 juillet 2011 : quelles implications sur les soins ? *L'Encéphale.* 2014 décembre;40(6):468-73.
77. Lachaux B. La loi du 5 juillet 2011 ou la défense du sujet passant de la médecine au droit. *PSN.* 2011;9(4):177-80.
78. Friouret L. L'information de la famille ou d'une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet d'une admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent. *Rev Droits L'homme Rev Cent Rech D'études Sur Droits Fondam.* 2015 Jan;

79. Jonas C. Soins sans consentement prévus par la loi du 5 juillet 2011. EMC - Psychiatr. 2014;11(4):1–16.
80. Robiliard D. Rapport n°1284 du 17 juillet 2013, fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie.
81. Coldefy M, Tartour T, Nestrigue C. De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011. Quest D'économie Santé. 2015 Jan;(205).
82. Gobillot-Porte C. Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) : une mesure "low cost"? Lyon 1; 2014.
83. Mesu R-C, Orsat M, Barré C, Brière M, Denes D, Garré J-B, et al. Étude observationnelle d'une cohorte de 103 patients admis en soins psychiatriques sans consentement en application de la loi du 5 juillet 2011. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2015 Mar;173(2):136–42.
84. Chaltiel P. La place de la famille dans le soin psychiatrique et dans la santé mentale. UNAFAM. 2009;3:7–10.
85. UNAFAM. Le soin psychiatrique, positions et demandes des familles
86. UNAFAM. Révision de la loi de 1990 : communiqué de l'Unafam et de ses partenaires
87. Laguerre A, Schürhoff F. Réforme des soins psychiatriques : loi du 5 juillet 2011. Outils pratiques. L'Encéphale. 2012 avril;38(2):179–84.
88. Cambier G, Bougerol T, Micheletti P. Enquête qualitative sur la loi du 5 juillet 2011 en psychiatrie. Santé Publique. 2013 Dec 1;Vol. 25(6):793–802.
89. Elchardus J-M. Les sept risques des urgences. In: L'éloge du risque dans le soin psychiatrique. Eres; 2006. p. 127–34.
90. Vacheron MN. Quel impact du dispositif du 5 juillet 2011 sur les soins deux ans après ? L'Encéphale. 2014 Apr;40(2):97–9.
91. Caroli F. Les Sages, pas si fous. Nervure J Psychiatr. 2010;(6).
92. Berthon G. Le paradoxe du respect du consentement dans les soins sous contrainte : entre norme juridique et éthique psychiatrique. Inf Psychiatr. 2011 Jun 1;Volume 87(6):459–65.

93. Hazif-Thomas C, Thomas P, Urvois J, Walter M. Peut-on encore parler de soins sous contrainte? In: Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie. Douin; 2014. p. 47–65. (Polémiques).
94. Menu A, Meyer P. Paradoxes et contradictions de la nouvelle loi. Pluriels. 2013 Mar;(99-100):18–20.
95. Cabié M-C. Réflexion d'une psychiatre sur la loi du 5 juillet 2011. 2013;(99-100):14–6.

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)

Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)

Vu, le Doyen de la Faculté,
(tampon et signature)

NOM : BERTHIER

PRENOM : Florentine

IMPLICATION DE LA FAMILLE DANS LA DECISION D'ORIENTATION DU PATIENT AUX URGENCES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES DU CHU DE NANTES

RESUME

Ce travail de thèse présente les aspects de l'implication de la famille du patient dans la décision médicale d'orientation, aux urgences médico-psychologiques.

Nous étudions l'importance de la rencontre avec la famille dans les situations de crise et celle de construire une alliance de qualité ainsi qu'un échange d'informations claires et adaptées. L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers y est abordée en insistant sur le vécu de la famille au moment de la mise en place de cette procédure aux urgences, et sur les points essentiels de bonne pratique.

Enfin, nous abordons la mesure de péril imminent en y discutant ses avantages et ses inconvénients et notamment le risque de désengagement des familles dans la prise en charge ultérieure du patient.

MOTS-CLES

Urgences psychiatriques

Intervention de crise

Famille

Tiers

Soins sans consentement

Péril imminent